FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André Maurice SOREL

L'EXANTHÈME DES FIÈVRES ÉRUPTIVES

et la croyance populaire aux

"ÉRUPTIONS RENTRÉES"

Président : M. MAURICE LETULLE, *professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE PAUL DUPONT
THOUZELLIER, Directeur
4, RUE DU BOULOI, 4
—
1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN :	M. LANDOUZY.
PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	P. MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladie des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (André)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ (Henri)	MULON	SCHWARTZ (Anselme)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Hommage de bien sincère reconnaissance
et d'affection profonde.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LETULLE

Professeur d'Histoire de la Médecine,
Médecin de l'Hôpital Boucicaut,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/lexanthemedesfie0042andr

A MON PREMIER MAITRE ET AMI

M. le Professeur BEILLE

Professeur de Matière Médicale
à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

A mes Maitres dans les Hopitaux de Paris

Monsieur le Professeur WIDAL
Médecin de l'hôpital Cochin.
(1904-1905)

Monsieur le Docteur LE NOIR
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
(1906-1907 et 1910-1911)

Monsieur le Docteur HALLOPEAU
Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis.
(1907)

Monsieur le Docteur ROUTIER
Chirurgien de l'hôpital Necker.
(1907-1908)

Monsieur le Professeur LANDOUZY
Doyen de la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laennec.
(1908)

Monsieur le Professeur agrégé LAUNOIS
Médecin de l'hôpital Lariboisière.
(1908-1909)

Monsieur le Professeur agrégé THIÉRY
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
(1909-1910)

Monsieur le Docteur BABINSKI
Médecin de l'hôpital de la Pitié.
(1911)

Monsieur le Docteur René MARIE
Médecin chef de l'hospice de Brévannes.
(1911-1913)

Monsieur le Docteur FLORAND
Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Monsieur le Docteur SERGENT
Médecin de l'hôpital de la Charité.

Monsieur le Docteur TRIBOULET
Médecin de l'hôpital Trousseau.

Monsieur le docteur COYON
Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur agrégé GRÉGOIRE
Chirurgien des hôpitaux.

Monsieur le Docteur COURCOUX
Médecin des hôpitaux.

Monsieur le Professeur agrégé CAMUS

Monsieur le Docteur LERAY
Chef du laboratoire central de radiologie de la Ville de Paris à l'hôpital Saint-Antoine.

MM. les Docteurs CLÉMENT, FERRAND, CARTON
Médecins adjoints de l'hospice de Brévannes.

Monsieur le docteur BESREDKA
Chef de laboratoire à l'institut Pasteur.

MM. les Docteurs :

TIXIER, chef de laboratoire de la Faculté à l'hôpital des enfants malades.
BARBIER, ancien chef de clinique de la Faculté.
LÉVY-FRANKEL, ancien chef de clinique de la Faculté.
LE MÉE, assistant d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Laënnec.

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

A L'HOSPICE DE BRÉVANNES

A TOUS MES AMIS

L'EXANTHÈME DES FIÈVRES ÉRUPTIVES

ET LA CROYANCE POPULAIRE

AUX

"ÉRUPTIONS RENTRÉES"

AVANT-PROPOS

Pendant les deux années d'Internat que nous fîmes à l'hospice de Brévannes, tant dans le service des tuberculeux adultes que dans celui des enfants convalescents, par sa bienveillante direction, M. le Docteur René Marie s'efforçait de nous apprendre à observer, avec précision et avec calme, les phénomènes que nos sens percevaient, et nous retenait dans l'élan où nous emportait notre ardeur de néophyte, dont l'esprit aventureux cherchait avant les faits, l'idée, avant l'idée, le principe général et la systématisation.

C'est qu'en effet, si le savant est un grand idéologue, le clinicien est avant tout un praticien; le premier agit avec son cerveau, le second travaille avec ses sens et sa technique. Les deux doivent se rencontrer au chevet du malade, mais ils ne doivent pas arriver ensemble : le praticien doit d'abord faire son enquête et la bien faire, l'homme d'idée ne viendra qu'à la fin pour faire la synthèse, donner à chacun des signes leur valeur et connaître des causes profondes qui ont dirigé l'évolution morbide.

Que M. le Docteur R. Marie nous permette donc ici de lui exprimer toute notre reconnaissance pour cette dis-

cipline qu'il a su imposer à notre esprit; c'est à elle que nous devons les observations et les réflexions dont ce travail est le fruit.

***

Or l'un des points où l'observation stricte se trouve souvent en défaut et où les auteurs sont le plus souvent réduits à des opinions plus ou moins théoriques, est celui qui concerne la période d'invasion des maladies. Pour les fièvres éruptives notamment, qui sont des entités morbides isolées, quelles que soient les circonstances dans lesquelles elles surviennent, le secours du praticien ou l'admission à l'hôpital ne sont demandés, sauf des cas très rares, qu'au moment de la période d'exanthème. Les circonstances particulières de l'admission des malades au quartier d'enfants convalescents de l'hospice de Brévannes, étant donné le soin avec lequel ceux-ci étaient surveillés par le personnel et la rapidité avec laquelle nous étions constamment mis au courant des moindres incidents, nous ont permis d'avoir la bonne fortune d'assister au premier début de quelques fièvres éruptives et de suivre pas à pas, jour par jour, heure par heure quelquefois, les phénomènes de leur invasion. De petites épidémies intérieures (rougeole, rubéole, varicelle, oreillons) limitées à quelques cas, comme il s'en produit presque toujours quand l'isolement est pratiqué en masse, se produisaient en effet quelquefois chez nos pensionnaires, soit que le contage provînt des visites ou qu'il provînt du milieu d'où l'enfant sortait.

De plus, ayant eu le désagrément de payer nous-même notre tribut au génie contagieux, nous avons eu l'occasion d'observer sur nous-même, à propos d'une scarlatine survenue à ce moment, certains phénomènes sur lesquels nous reviendrons, qui nous donnèrent l'idée première de ce travail, et nous incitèrent à colliger les observations prises antérieurement, donc avec un désintéressement absolu et une technique sans influences préparatoires fâcheuses.

Nous avons donc à témoigner d'une double dette de

reconnaissance au personnel de l'hospice de Brévannes qui par sa haute valeur professionnelle et son attention toujours en éveil, nous a fourni une grande partie des éléments de nos observations et qui, par ses soins dévoués, lors de notre scarlatine, a réduit pour nous au minimum les risques d'un incident professionnel.

Celui-ci devint ainsi pour nous le *primum movens* d'une série d'opérations d'esprit qui nous amenèrent à considérer, sous un jour nouveau, une série de faits insuffisamment observés jusqu'ici, d'après nous, ou observés sous l'influence d'idées directrices, dont les conséquences ont été certainement exagérées et dont la nouveauté a peut-être trop séduit l'esprit des jeunes avides de nouveauté.

En effet, à une époque où la pneumonie devient une pneumococcie, où la tuberculose est devenue une bacillose, où les symptômes ne se présentent plus à l'étudiant que dans le sillage brillant du microbe causal, où le diagnostic devient trop souvent une manipulation de laboratoire, le pronostic une équation et le traitement une formule, il semble que l'humorisme des anciens auteurs soit un mot bien caduc, dont la redondance ne le cède qu'à l'inexactitude.

Nous sourions, avec le respect attendri qu'on a pour les joyaux des ancêtres, quand le terme d'humeurs peccantes revient à notre esprit avec on ne sait quelle gaîté de ridicule moliéresque. Et cependant n'est-ce pas là un terme fort exact pour indiquer ce qu'aujourd'hui on a baptisé de noms barbares, souvent venus de l'étranger : Toxines, antitoxines, bactériolysines, précipitines, agglutinines, ambocepteurs, antigènes, anticorps, groupes haptophores, groupes toxophores ! Quelle terminologie étrange, bruyante et cacophonique pour démembrer une entité clinique nette qu'aucun mot n'a remplacé dans sa totalité ! En effet, quel mot nous reste-t-il pour appeler cette réaction particulière à chaque individu, mais générale à toutes les infections, bien plus à toutes les affections, qui fait qu'un organe manifeste son état de souffrance et celui de l'organisme tout entier par un processus presque toujours le même et dont il faut connaître à fond la

modalité? Comment nommerons-nous cette tendance générale de toutes les intoxications, qu'elles soient d'origine exogène ou endogène, qu'elles soient diathésiques ou microbiennes, à l'élimination de leur agent causal par les divers émonctoires qui sont capables de jouer ce rôle? Et c'est là cependant une loi générale et inévitable, comme celle de la levée des soupapes d'une chaudière dès que sa pression dépasse celle du timbre. Chaque mois la femme élimine le trop-plein de ses toxines par l'hémorragie cataméniale ; l'hépatique, dont le foie ne détruit plus les déchets, les élimine dans un flux hémorroïdaire. Est-il un médecin qui chercherait à tarir l'expectoration d'un vieux bronchitique? Souvent les formes de fièvres typhoïdes avec constipation sont beaucoup plus longues et présentent un diagnostic plus sombre que celles où la dérivation intestinale est abondante.

Combien de fois n'avons-nous pas vu, chez nos tuberculeux adultes apyrétiques, une élévation progressive et continue de la température pendant plusieurs jours, précéder une hémoptysie et s'arrêter avec son apparition. M. le Docteur Carton, médecin adjoint de l'hospice de Brévannes, a d'ailleurs montré qu'il s'agissait là d'une véritable dérivation pulmonaire, et qu'on ne l'arrêtait en général qu'en établissant une dérivation intestinale énergique par la purge et le régime végétarien.

Les vieux médecins connaissaient bien les divers processus de dérivation que peut présenter l'organisme. Peut-être leur ont-ils accordé trop d'importance. Peut-être Broussais et son école ont-ils trop saigné et trop distribué d'émétique. Peut-être n'ont-ils vu que l'humeur. Leur excuse est dans le fait de l'impossibilité où ils étaient de mieux connaître le microbe.

Mais nous ne devons pas oublier de parti pris tout ce qu'ont vu ces yeux qui savaient observer. Ne nous moquons pas des cautères de nos grand'mères, elles connaissaient des phénomènes que nous ne savons plus voir.

C'est ainsi qu'il n'est pas de médecin appelé au chevet d'un enfant atteint d'une fièvre éruptive quelconque qui n'ait vu l'entourage de celui-ci fort inquiet si l'éruption était fugace

et peu caractérisée. Au mot d'éruption « rentrée », prononcé par la famille, le médecin sourit en général à ce terme populaire, dont aucun traité didactique ne l'a entretenu. En effet, dans aucun des traités actuels sur la rougeole et la scarlatine ne se trouve mentionné, non pas même ce mot amusant, mais encore ce fait, fréquemment observé par nous, de la plus grande gravité des éruptions dont la floraison est insuffisante ou irrégulière.

C'est sur ce fait, bien connu des anciens cliniciens, comme nous le montrerons, que nous insisterons dans ce travail. Nous y insisterons d'autant plus que frais émoulu des « questions » classiques, nous avons abordé l'étude de ces faits avec un scepticisme complet. C'est qu'à ce moment nous n'avions pas encore compris le véritable rôle d'émonctoire, joué par la peau dans les maladies éruptives. Ce rôle nous a d'abord paru évident lors d'une scarlatine contractée par nous et dont nous donnerons l'auto-observation. Cette expérience personnelle involontaire nous a amené à rechercher qu'elle était l'influence de l'éruption sur la courbe thermique de nos petits malades. C'est ce que nous essayerons de montrer sur un certain nombre d'observations prises en collaboration avec M. le Docteur Clément, médecin adjoint de l'hospice de Brévannes, qui, dans ce travail, malgré sa supériorité d'âge, de grade et de connaissances, voulut toujours être pour nous beaucoup plus un ami qu'un maître Qu'il nous permette de lui en exprimer ici nos plus vifs remerciements.

Nous rechercherons ensuite comment les irrégularités de l'éruption influent sur le développement ultérieur de la maladie. Nous verrons notamment ce qu'il faut penser de la croyance populaire des éruptions rentrées.

Les connaissances que nous acquerrons ainsi nous amènerons à rechercher quels enseignements on doit tirer de ces connaissances au triple point de vue pronostic, diagnostic et thérapeutique.

CHAPITRE I

Rapports de l'exanthème et de la fièvre.

Si la fièvre a été bien étudiée en général au cours des maladies éruptives, si notamment la période d'incubation et celle d'invasion sont connues dans toutes leurs modalités, surtout en ce qui concerne la rougeole, si les réactions thermiques des complications ont été bien étudiées, par contre les variations de température au cours de la période d'éruption sont en général passées inaperçues. Les auteurs des plus gros traités, qui ont souvent décrit avec un luxe infini de détails l'éruption et la plupart des symptômes, semblent avoir appliqué là toute leur attention sans penser à porter les yeux sur la feuille de température.

A part quelques exceptions, que nous indiquerons au cours de ce travail, les notions que l'on possède sur ce sujet sont réunies en moins d'une ligne. « La fièvre suit l'éruption », déclare simplement Grancher, en parlant de la rougeole. « La température atteint son maximum au début de l'éruption; elle reste élevée tant que l'exanthème est en voie d'accroissement, puis elle s'abaisse assez rapidement quand l'éruption disparaît », déclarent Hutinel et Martin, sur le même sujet. « Pendant toute la durée de l'éruption, la fièvre n'a pas cessé » nous apprend J. Comby. Pour la scarlatine, les renseignements sont encore plus brefs. « La sortie de l'éruption scarlatineuse n'amène aucune rémission dans les signes généraux » (Sallard). » On observe quelquefois des oscillations dans l'intensité de l'éruption, oscillations qui sont en rapport avec l'état fébrile, déclare seulement Wurtz.

Cependant si nous consultons les auteurs anciens, nous

trouvons des renseignements assez différents. Si nous ouvrons, par exemple, les Instituts de médecine pratique, publiés à Pavie en 1781 par Borseri, nous trouvons ce qui suit, emprunté à la traduction qu'en a donnée P.-E. Chauffard en 1855 :

III..... — En outre lorsque la fièvre a précédé, il advient fréquemment qu'un exanthème apparaissant sur la peau fait cesser ou diminuer grandement la fièvre, tandis que l'exanthème, maladie principale, persiste et poursuit son cours naturel, jusqu'à ce qu'il atteigne le temps où il doit finir. Cela est surtout visible dans l'érysipèle simple et bénin, dans les varioles discrètes et légères, dans lesquelles la fièvre qui avait précédé l'éruption, et qui avait cessé après, ne reparaît plus, à moins d'une nouvelle éruption, ou quand celle qui s'était d'abord déclarée, tend à la suppuration.

. . . . . .

VI. — Dans ces maladies, la fièvre paraît être un certain mouvement plus ou moins nécessaire, excité par la présence d'une matière spéciale hétérogène qui ne peut être supportée par les nerfs, par le cœur, par les artères, et qui doit être isolée de toutes les humeurs et portée au dehors sur la peau. La nature ne suscite ce mouvement que lorsque la circulation naturelle du sang ne suffit pas à préparer et à accomplir une excrétion critique. L'effet de cet effort, par une loi fixe et constante, s'accomplit sur la peau, quelle que soit d'ailleurs la cause de ce phénomène spécial et régulier. Si tout ce qui est nuisible et irrite la nature est isolé et porté en entier sur la peau par le soulèvement fébrile, et qu'il n'y ait pas de caractère malin en cette matière, on comprend facilement que la fièvre tombe. Si au contraire une partie seulement de la matière morbide est éliminée, si l'irritation première persiste; si encore la puissance toxique et pernicieuse du principe hétérogène a infecté toute la masse sanguine et lui a communiqué ses qualités délétères, on comprend dès lors que la fièvre persiste, même après l'éruption des pustules, ou qu'elle disparaisse et revienne sans ordre

et par accès. Selon que le virus est entraîné et déraciné, selon l'irritation qu'il occasionne, la fièvre réitère ses accès comme dans les intermittentes et le chasse par parties divisées; elle ne cède pas avant que la masse totale des humeurs soit complètement épurée, ainsi qu'on le verra plus amplement par la suite, à mesure que nous traiterons de chacune de ces éruptions en particulier . . . . . .

Scarlatine. LX. — Le second, troisième et même quelquefois le quatrième jour, la face se gonfle..... la matière morbifique s'étant ainsi portée à l'extérieur, la fièvre et les autres symptômes s'adoucissent considérablement ou s'effacent même en totalité..... La fièvre qui, après l'éruption, avait déjà commencé à s'apaiser avec les autres symptômes, si elle ne s'est point encore dissipée, incline à une rapide terminaison. . . . . .

CXIX. — L'éruption de la rougeole opérée, la plupart des symptômes graves s'affaiblissent, parfois même cessent.

De même en 1823, Meier, dans un rapport paru dans les annales de la commission sanitaire du Grand-duché de Bade, déclare que : « En général, à l'apparition de l'éruption, la fièvre et les autres symptômes diminuent d'intensité, et très souvent ils s'arrêtent entièrement presque aussitôt après cette éruption. »

J. P. Frank signale simplement que l'éruption de la scarlatine est suivie de soulagement et, après avoir décrit l'exanthème, il ajoute « à cette époque, lorsque la maladie est légère, on observe une rémission ».

Andral, d'après Sanné, aurait signalé la rémission de presque tous les symptômes quand survient l'éruption de la scarlatine. Nous n'avons malheureusement pu, étant donnée la difficulté de certaines recherches bibliographiques, retrouver nous-même cette opinion dans les écrits de cet auteur.

Rillict et Barthez signalent la rémission de la fièvre dès le maximum de l'éruption morbilleuse. Ils sont muets en ce qui concerne la scarlatine.

L'application du thermomètre à la clinique ne semble

pas confirmer absolument ces opinions et Wunderlich se contente de remarquer que, dans la scarlatine : « En général, la température suit un certain parallélisme avec l'intensité de l'exanthème, cependant il y a aussi des cas où l'exanthème est léger et peut même manquer complètement et où la température monte très haut, mais les cas avec une éruption très marquée et une fièvre très légère sont rares. »

Pour la rougeole, il commence par déclarer que la température suit l'éruption, mais il ajoute : « Cependant il y a d'assez nombreuses exceptions où, peu après le début de l'exanthème, la température atteint son maximum entre le début de l'éruption et son acmé, et se trouve déjà diminuée au plein de l'efflorescence. Mais presque toujours la fièvre maxima est plus proche de l'acmé que du début de l'éruption. Cependant quand la température s'est élevée à son maximum pendant la période d'accroissement de l'exanthème, la baisse de fièvre est toujours très faible jusqu'au plein de l'éruption. »

Sanné reprend entièrement cette opinion qu'il ne fait que traduire.

Puis on ne trouve plus rien à ce sujet jusqu'à la monographie de H. Barbier sur la rougeole où cet auteur reprend les opinions de Wunderlich.

Pour la variole, les anciens comme les modernes admettent qu'il y a une sédation de la fièvre et des phénomènes généraux au moment de l'éruption.

Pour la varicelle, le phénomène est admis par quelques auteurs; seuls Trousseau, dans ses cliniques, Brühl et Bensaude, dans leur article du Manuel de médecine, le notent expressément.

Leflaive signale très justement à propos de la rubéole « que dans les cas plus intenses, la fièvre au lieu de s'éteindre à l'apparition de l'exanthème, ne tombe pas ».

Ainsi trois opinions se font jour dans la multiplicité des écrits que nous avons consultés sur ce sujet.

1°/. — Dans toutes les maladies éruptives, la température est toujours fonction de l'éruption, elle naît avant elle.

on suit les variations et l'une s'éteint quand l'autre baisse. Cette opinion est celle qui semble se dégager de nombreux auteurs : Sydenham, G. Roux, Joseph Frank, Guersant et Blache, West, Jaccoud, d'Espine et Picot, Sanné, et parmi les auteurs plus récents : Grancher, Würtz, Moizard, Hutinel et Martin, Apert Guinon, Comby, Baur, Klose, Sallard.

2°/. — On peut observer, à titre d'exception et dans certaines maladies, des rémissions de la fièvre et des symptômes généraux quand se montre l'éruption (Wunderlich, Trousseau, Rilliet et Barthez, Sanné, Peter Frank, Galliard, H. Barbier, Brühl et Bensaude).

3°/. — L'éruption, quand elle se produit, détermine une sédation des phénomènes généraux; cette sédation consiste soit en diminution de la température, quel que soit le degré de fièvre atteint, que celle-ci soit légère ou intense, soit en une sensation subjective de mieux pour le malade, soit en une diminution des phénomènes concomitants. Seul Borsieri avait admis ces faits en 1781. C'est cependant à eux que nous ont amené nos observations personnelles, tout au moins pour les affections qui devaient suivre un cours normal.

Nous voyons, en effet, dans toutes nos observations que l'apparition de l'éruption est suivie d'une baisse de la température ou d'un arrêt quelquefois passager de son évolution. Nous considérons, en effet, comme un véritable arrêt dans l'évolution thermique les cas où la température vespérale est égale à celle du matin ou lui est d'un ou deux dixièmes de degré supérieure.

C'est là pour nous un phénomène presque constant pour toutes les éruptions; nous l'avons observé pour la rougeole, la scarlatine, la rubéole, la varicelle; d'autres l'ont décrit dans la variole, l'érysipèle. Nous pensons qu'on pourrait l'observer dans tous les cas et nous regrettons de n'avoir pu vérifier le fait dans tous les cas d'érythèmes polymorphes toxi-infectieux que nous avons eu l'occasion d'observer dans notre pratique journalière.

Quelle est la cause qui a fait passer inaperçu ce phénomène presque régulier à des auteurs qui avaient cependant

un thermomètre qui manquait à Borsieri? Il nous a semblé qu'en général la question ne s'était pas présentée à l'esprit de ceux qui ont écrit sur la question. Si en effet la plupart des auteurs ont étudié à fond l'éruption, la fièvre et les rapports qui unissaient ces deux éléments au triple point de vue pronostic, diagnostic et thérapeutique, ils n'ont pas cherché à les étudier au point de vue de leur simultanéité. En effet dans les travaux de Klose, de Strasbourg, de Stiévenard, de Bruxelles, et de Comby, en France, on trouve des courbes comparables à celles que nous présentons à la fin de ce travail. Mais ces auteurs n'accordent aucune remarque à ce que nous signalons aujourd'hui et s'en tiennent aux données classiques qu'on semble jusqu'ici se transmettre de livre en livre, avec une tendance même à oublier les éclaircissements partiels que nous ont transmis dans de courts entrefilets Wunderlich, Trousseau, Sanné, H. Barbier.

Encore ces derniers auteurs ne considèrent-ils le phénomène que comme appartenant à des cas particuliers, à de nombreuses exceptions (Wunderlich). L'ensemble de ce que nous avons vu nous inciterait plutôt à penser que c'est là la règle générale, les cas inverses n'étant que des exceptions, peut-être nombreuses dans certaines statistiques, mais insuffisantes pour être considérées comme des réactions pathologiques régulières.

D'ailleurs, d'après notre expérience personnelle, il paraîtrait que les cas où l'évolution thermique ne suit pas le mode que nous avons indiqué, sont surtout ceux où une infection banale surajoutée vient troubler la régularité des phénomènes réactionnels de l'agent causal primitif. En effet, il semble que les maladies éruptives, où le plus généralement aucune baisse thermique ne se produit, à l'occasion de l'éruption, sont justement celles où l'infection banale surajoutée est la plus commune et la plus précoce.

D'après les auteurs que nous avons consultés et d'après ce que nous avons pu voir, c'est la scarlatine qui présente le plus souvent une élévation thermique non influencée par l'apparition de l'exanthème. C'est justement cette affection

qui présente le plus précocement et le plus fréquemment une infection associée à laquelle est d'ailleurs déjà attribuée la majorité des complications et qui peut déterminer l'allure de gravité qu'on peut observer dans certains cas.

C'est d'autre part la variole, à laquelle la rémission que nous signalons a été le plus souvent attribuée par les auteurs, qui présente la plus grande rareté des infections associées, et l'on sait que celles-ci ne sont que tout à fait secondaires et qu'elles restent presque toujours localisées.

Ceci nous permettrait d'envisager les cas où ne se produit aucune rémission post-éruptive comme de véritables cas d'hypertoxémie ou d'hyperinfection. Effectivement, nous voyons dans les observations X, XVI, XVIII, XIX, XX, XXI, où la baisse thermique était faible, l'affection présenter un caractère de gravité inconnu dans les autres observations.

D'ailleurs, dans le même ordre d'idées, tous les auteurs sont unanimes à considérer comme grave et comme une preuve d'infection surajoutée, l'absence de la rémission qui s'observe normalement dans la rougeole un à trois jours avant l'éruption dans la période d'invasion.

Il faut cependant, pour cette dernière explication des faits, se garder de considérer l'infection surajoutée autrement que comme une hypothèse, tant que ne sera pas déterminée l'identité véritable de l'agent causal primitif des maladies éruptives et que ne sera pas éclairci de façon satisfaisante le mystère de sa spécificité.

Ce qu'on peut dire pour résumer, c'est que dans la plupart des fièvres éruptives à évolution normale, l'apparition de l'éruption, quelle que soit l'intensité de celle-ci, tend à déterminer une sédation plus ou moins marquée de l'hyperthérmie, indépendante d'ailleurs de la valeur de cette dernière.

L'acmé fébrile se trouve donc souvent antérieure à l'acmé éruptive, assez souvent elle lui est contemporaine, moins souvent elle lui est postérieure. En tous cas, il est rare de voir la fièvre stationnaire quand l'intensité de l'exanthème se maintient un temps assez long à son maximum. Car, dès que ce maximum de l'efflorescence est atteint, même lorsque celle-ci

ne doit pas varier de plusieurs jours, la fièvre commence à diminuer, sauf en cas d'évolution grave ou compliquée.

L'intensité de la rémission observée et sa fréquence semblent être inversement proportionnelles à la gravité de la maladie et à la fréquence de ses complications ultérieures.

CHAPITRE II

La valeur des symptômes généraux concomitants de l'éruption.

Ce que nous avons dit au chapitre précédent à propos de l'exanthème pourrait être répété à propos des autres manifestations des maladies éruptives. C'est ainsi que dans la rougeole, où l'enanthème est généralement antérieur à l'exanthème, il est de règle d'observer une rémission quelquefois très importante des phénomènes généraux fébriles quand apparaissent les premiers symptômes caractéristiques de l'affection qui va se développer. Tous les auteurs ont insisté sur la précession de l'énanthème. Tous ont attiré l'attention sur la rémission de la période d'invasion. A ce qu'il nous semble, aucun n'a relevé avec précision le rapport qui unissait les deux faits. Cependant, nos observations IX, X, XV, XVI, XVII, XX, présentent nettement une rémission plus ou moins marquée à l'apparition d'un catarrhe oculo-nasal ou pulmonaire, de stomatite, d'angine, d'entérite. Et nous avons été nous-même frappé par ce fait, signalé par la plupart des médecins dans la période d'invasion qui précédait l'éruption, d'enfants redemandant à manger et à jouer, malgré une angine quelquefois assez forte et un catarrhe très marqué. Nous avons pu même assister à ce phénomène en apparence paradoxal de la baisse subite de la température de 40° à 37°9, à la suite de l'apparition d'une amygdalite très intense (Obs. XX).

Remarquons, en passant, que la scarlatine ne présente en aucune façon cette rémission dans la période d'invasion qui a

été signalée dans la rougeole. C'est qu'en effet, l'énanthème est, en général, dans cette affection, contemporain de l'exanthème ; ce fait nous est donc une preuve de plus de l'influence de l'énanthème sur cette sédation bien souvent inexplicable qu'on observe surtout dans la rougeole.

De même un rash prééruptif a pu jouer le même rôle (obs. XVIII). C'est ainsi que Galliard a rappelé le fait d'une varicelle ayant tourné court par suite de l'apparition d'un rash survenant après une première poussée éruptive légère. « Dans le cas qui m'est personnel, dit-il, c'est en vain que j'ai attendu la poussée secondaire. La poussée précédant le rash est demeurée unique, de telle sorte que dans cette maladie abrégée, le rash a constitué une sorte de crise favorable. »

Or les rashs de la rougeole ont été considérés par Hutinel et par Deschamps, comme des signes d'infection surajoutée. Il semblerait donc qu'ayant les mêmes réactions que l'éruption principale, ce soit un véritable supplément à la défense de l'organisme en présence d'une infection plus violente. D'ailleurs, notre excellent collègue et ami le docteur Rouèche, dans l'étude qu'il leur a consacrée, a signalé l'irrégularité possible des rougeoles dans lesquelles s'observait un rash.

Si nous élargissons maintenant notre point de vue primitif, mais sans vouloir généraliser et systématiser outre mesure, nous observons quelquefois des cas où l'apparition des signes objectifs d'une complication est le signal d'une amélioration générale de l'état subjectif et même de la diminution de la réaction fébrile. Le cas le plus frappant que nous en ayons observé est cité dans l'observation XX où, malgré l'examen minutieux pratiqué plusieurs fois par jour par MM. les docteurs Marie et Clément et par nous-même, il a été impossible de déceler pendant cinq jours de violente hyperthérmie, aucun signe stéthoscopique qui permît d'en rapporter la raison à une manifestation pulmonaire. Ce n'est que pendant un espace de temps très court que nous avons pu saisir les signes évidents d'un petit foyer bronchopneumonique ; ce court espace de temps correspondant à une défervescence

brusque. Le soir même la température est remontée et les signes stéthoscopiques sont disparus. Il est rare d'observer, on le conçoit, des faits aussi nets. Cependant chacun de nous ne se souvient-il pas de n'avoir pu localiser un foyer de pneumonie atypique qu'au moment de la défervescence. Je me rappelle qu'en 1904, M. le professeur Widal nous avait fait observer dans son service de l'hôpital Cochin un homme qui avait eu pendant plusieurs jours un accès de fièvre qu'on aurait pu qualifier de *sine materia*, si au jour de la défervescence on n'avait vu apparaître aux commissures une abondante éruption de vésicules d'herpès.

Il est également un phénomène bien connu des anciens auteurs et dont Trousseau nous a donné une observation caractéristique. Il s'agissait d'un enfant de six ans pour lequel Trousseau et un de ses élèves avaient fait le diagnostic de fièvre cérébrale. Au huitième jour apparut une éruption scarlatineuse qui fut le signal de la sédation de tous les symptômes inquiétants.

Sanné déclare de même que l'éruption scarlatineuse peut, dans certains cas, marquer l'apaisement des accidents cérébraux.

D'Espine et Picot signalent également la disparition, chez les tout jeunes enfants, des convulsions de la période d'invasion quand apparaît l'éruption de la rougeole. Un peu plus loin, ils indiquent que la forme suffocante de la rougeole, qui est ordinairement mortelle, peut tourner court si l'éruption, qui dans ces cas est retardée, sort abondamment et complètement.

Enfin, plus près de nous, H. Barbier, reprenant les observations de d'Espine et de Thomas, rappelle que « on observe parfois chez les enfants une détente dans la gravité des symptômes pulmonaires lorsque paraît l'éruption, et si celle-ci se développe bien, il se fait ainsi comme une dérivation et l'enfant peut guérir sans complication ultérieure de bronchopneumonie ».

Il y a donc une sorte de suppléance entre la peau et les différentes muqueuses de l'organisme, de telle façon qu'on voit

des phénomènes locaux graves améliorés par le seul fait de l'éruption.

A un point de vue plus général, il semblerait que les tissus de revêtement soient, dans les maladies infectieuses, chargés de la fixation ou de l'excrétion des toxines pathogènes. Quand l'une des portions de ces tissus manque à sa tâche, elle est aussitôt remplacée par une autre portion, si bien que certains phénomènes, habituellement considérés comme des complications ou tout au moins comme des incidents, sont en réalité des phénomènes de défense. Il arrive aussi que l'infection étant supérieure à la puissance défensive normale de la peau, les muqueuses ou les endothéliums sont obligés de jouer un rôle, non plus supplémentaire, mais complémentaire. Enfin, il faut remarquer que souvent le tissu vicariant (poumon par exemple) est moins bien organisé que le revêtement cutané ou muqueux pour remplir le rôle d'émonctoire qui lui est subitement dévolu. De là l'aspect d'une véritable complication que prend son entrée en jeu et la gravité que celle-ci présente.

CHAPITRE III

Les éruptions qui « sortent mal » et les éruptions qui « rentrent ».

Si l'on admet l'hypothèse émise au chapitre précédent d'une suppléance exercée par les organes internes vis-à-vis de l'émonctoire cutané, il semble que les variations d'intensité de l'éruption soient la clé du pronostic des affections à exanthème.

Effectivement cette proposition peut être vraie si nous avons soin dès l'abord de mettre au point deux faits indiscutables :

1° Dans les cas d'infection légère et atténuée, l'exanthème peut être passager, pâle et fugace, sans qu'il y ait lieu d'attacher aucun caractère de gravité au peu d'intensité des symptômes cutanés.

2° Inversement dans les cas d'infection aiguë et profonde, l'intensité de l'éruption reste un facteur de gravité et ne met point le malade à l'abri des complications ultérieures en rapport avec la véhémence de l'agent causal et la toxicité des humeurs qu'il engendre.

Ces deux propositions qui ont la valeur de véritables postulats, tant les faits qu'elles visent sont d'observation courante, nous mettent à l'abri du reproche adressé à ceux qui ont voulu établir un rapport de proportionnalité inverse entre l'intensité de l'éruption et la gravité de la maladie. Ceux-ci prétendent en effet que le peu d'intensité de l'exanthème n'est

pas nécessairement d'un pronostic sombre, et que la violence de celui-ci n'est pas une garantie de bénignité.

Ces points établis, on se trouve en présence d'une foule de faits que nous avons eu l'occasion d'observer nous-même et dont nous avons également fait une ample moisson dans les écrits des auteurs qui se sont occupés de la question.

1° **Durée de la période d'invasion.** — Dans nos observations personnelles, voici comment se sont dénombrés les cas :

Rougeole. — Durée de l'invasion pour les auteurs classiques 4 à 5 jours.

— invasions inférieures à ce chiffre ; 4 cas tous bénins.

— invasions supérieures à ce chiffre ; 6 cas tous compliqués.

Rubéole. — Durée de l'invasion pour les auteurs classiques 1 à 3 jours.

— invasions de 1 à 3 jours ; 6 cas tous bénins.

— invasions supérieures à 3 jours ; 3 cas dont un seul compliqué.

Varicelles. — Durée de l'invasion pour les auteurs classiques : 1 à 2 jours.

3 cas non compliqués avec invasion de 1 à 3 jours.

Scarlatine. — Durée de l'invasion pour les auteurs classiques : nulle.

1 cas avec une invasion de 3 jours et des complications ganglionnaires multiples.

Ces résultats correspondent absolument à ce qui se trouve dans tous les traités et dans toutes les observations de maladies infectieuses. Plus la période d'invasion est longue, plus la maladie a de tendances à la gravité. Ce point étant généralement admis, nous n'y insisterons pas, nous bornant à remarquer que l'exanthème qui survient dans ces conditions est en général pâle et présente souvent autant de difficultés à atteindre son efflorescence totale qu'il en a eu à s'extérioriser.

1° **Intensité de l'éruption.** — Là encore, la plupart des auteurs sont d'accord pour reconnaître que les éruptions pâles, erratiques ou incomplètes, sont d'un mauvais pronostic

si elles s'accompagnent de réactions générales vives. Cependant quelques divergences s'élèvent, dues à trois faits : d'abord les cas, se rapportant aux deux propositions que nous avons exprimées au début de ce chapitre, ont empêché quelques auteurs de se rallier à la loi de la proportionnalité inverse de l'éruption et de la gravité. Nous avons vu dès l'abord ce qu'il fallait en penser. Ensuite il est des cas peu fréquents dont nous avons cependant trouvé quelques exemples dans la littérature médicale où l'énanthème semble épuiser à lui seul la tendance éruptive de l'affection. Les phénomènes généraux gardent alors leur acuité ordinaire et l'exanthème s'il y en a eu un est insignifiant. Il manque le plus généralement (*morbilli sine morbillis*).

Quand on a mis à part ces trois ordres de faits, il reste un grand nombre d'observations remarquables, surtout chez les anciens auteurs : Borsieri, Joseph Frank, Johann Peter Frank, Guersant et Blache, Rilliet et Barthez, Trousseau, Jaccoud, signalent tous la gravité habituelle des formes où l'éruption est pâle et localisée, alors que les symptômes généraux restent sérieux et la fièvre élevée.

Si les auteurs plus récents expriment en général le fait d'une façon moins nette, ils notent cependant à chacune des formes malignes que l'éruption a été pâle et livide, localisée ou erratique.

Nous avons nous-même vu ce phénomène plusieurs fois et sur neuf cas d'éruptions diverses, suivies de complications quelconques, six fois l'éruption a été terne et insuffisante, alors que la courbe thermique était très élevée et les symptômes généraux très intenses.

3° **Mode de l'éruption**. — Quand à la première apparition, l'éruption présente les caractères d'insuffisance sur lesquels nous venons d'attirer l'attention, il n'est pas rare de voir se produire une deuxième éruption qui, à son tour, peut être forte, normale ou faible. Son temps d'apparition peut être absolument variable, d'autant plus que souvent elle n'apparaît pas spontanément et se trouve être le fait d'une application thérapeutique sur laquelle nous reviendrons.

» Enfin son aspect peut être très différent de l'éruption primitive. Nous avons vu précédemment ce qu'il faut penser des rashs, à une infection spécifique surajoutée (obs. X) on à un retour de l'éruption primitive. Dans ce cas, le meilleur diagnostic sera celui qui se fondra sur la succession et la simultanéité d'apparition des divers symptômes. Mais ce diagnostic sera souvent inutile, puisque au point de vue pronostic et thérapeutique, les résultats sont les mêmes et que le fait de l'apparition d'un exanthème en plusieurs temps, quelle que soit d'ailleurs la valeur respective de ces divers temps, implique toujours l'idée d'une affection dont le pronostic doit être assez réservé quant à la possibilité de complications secondaires et à la durée de l'affection primitive (obs. XV, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI).

Cependant il faut savoir que cette règle peut être mise en défaut dans d'assez nombreux cas, surtout lorsque la seconde éruption, franche et abondante, détermine la défervescence et exerce son action d'arrêt sur les symptômes généraux (obs. XVI).

Guersant et Blache en 1844 ont bien décrit ces phénomènes et nous citerons la description qu'ils en donnent pour la scarlatine «..... ou bien, disent-ils, l'exanthème est sujet à des retours. Parfois il s'efface en entier le jour de son apparition, pour se développer de nouveau à une époque plus ou moins rapprochée. Ce phénomène a été signalé sous le nom de *reversio*. Quelquefois l'éruption paraît se faire comme par bouffées et par saccades sous l'influence d'accès fébriles qui reviennent d'une manière irrégulière à un ou deux jours d'intervalle. »

Cette reversion de l'éruption a été également signalée dans la rougeole par Rilliet et Barthez. Les auteurs modernes en parlent peu et semblent la confondre avec les rashs. Il n'en est cependant rien.

Quoi qu'il en soit, nous considérons que ce phénomène, sans avoir la gravité des éruptions insuffisantes, s'associe souvent à celles-ci et qu'il est en général l'indice d'une difficulté dans la réaction de l'organisme par la voie cutanée habituelle.

C'est à ce titre que son pronostic doit toujours être réservé.

4° Rétrocession de l'éruption. — Il s'agit là d'un phénomène très connu depuis les plus anciens auteurs, surtout pour la rougeole, et très redouté par l'opinion populaire. Les mères de familles ont même inventé, à ce sujet, le terme d' « éruptions rentrées » que peu de médecins admettent. Le mot n'est en effet pas fameux et ne signifie par lui-même pas grand' chose. Il est cependant employé par quelques classiques. La majorité des auteurs savants préfèrent le terme de rétrocession. A notre avis, le mot n'est ni meilleur, ni plus exact, ni plus précis. Nous continuerons cependant à employer ces deux termes, malgré leur défectuosité, mais en leur ôtant toute signification pathogénique. Nous éviterons ainsi de surcharger d'un mot nouveau la nomenclature médicale, déjà suffisamment barbare quelquefois.

Quant au fait par lui-même il consiste essentiellement dans la disparition subite et l'effacement imprévu d'une éruption récente, avant le temps normal qui lui est assigné par son évolution habituelle. Mais une pareille définition serait incomplète si nous n'insistions en même temps sur une notion fondamentale, qui est celle de la continuation et même de l'exacerbation des phénomènes généraux contemporains de l'éruption. Ceux-ci affectent, du fait de la rétrocession brusque de l'exanthème, une gravité immédiate considérable. En tout cas, le pronostic s'en trouve presque toujours assombri dans une très large mesure.

Joseph Frank a signalé le fait et sa gravité; Johann Peter Frank, tout en reconnaissant sa gravité, s'est véhémentement élevé contre les auteurs qui voulaient voir dans le seul fait en lui-même de cette rétrocession un facteur de gravité.

Il insistait avec raison sur l'importance du phénomène métastatique. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette opinion. Depuis, de nombreux auteurs ont signalé le même point et lui ont consacré des descriptions plus ou moins longues.

Jaccoud, dans son traité de pathologie interne, s'y arrête quelques lignes. « Lorsque le catarrhe est très intense dès le

début, la période d'invasion a souvent une longue durée, l'éruption est en retard et elle sort pâle et sans éclat, en raison de la congestion viscérale faisant office de révulsif; lorsque le catarrhe ne devient sérieux qu'après la sortie de l'exanthème, celui-ci peut subitement pâlir et s'effacer, non point par métastase, comme on l'a dit en prenant la cause pour l'effet, mais comme ci-dessus par fluxion révulsive. » Nous avouons ne pas très bien saisir quelle différence l'auteur met entre ces deux termes, car il faudrait admettre que ce qu'il appelle la fluxion révulsive est un phénomène causal, isolé, un caprice pathologique, si l'on veut. Nous verrons ultérieurement ce qu'il faut penser de cette opinion.

Parmi les auteurs plus modernes, la même unanimité ne se rencontre plus. En effet. Guignon seul insiste sur ce fait, à propos de la rougeole : « Il existe des effacements, des rétrocessions de l'exanthème. Tantôt il s'agit d'une disparition simplement précoce, et sans autre suite le malade guérit; tantôt au contraire cette rétrocession se produit sous l'influence d'une complication viscérale; c'est toujours un mauvais symptôme. » Et plus loin il ajoute : « Il est un symptôme commun à toutes les formes malignes : c'est le trouble apporté dans l'exanthème quand la gravité est établie dès le début, il est pâle ou sombre, à demi effacé, quand elle est plus tardive, il se produit un effacement de l'éruption, une rétrocession. On a longtemps attribué la gravité de certaines rougeoles à ce phénomène, l'éruption se portant dans la profondeur, interprétation inexacte d'un fait vrai, car l'effacement de l'éruption est le résultat de la complication et de la congestion viscérale qu'elle entraîne (fluxion révulsive de Jaccoud).

Quant à Moizard, presque en souriant, il déclare seulement à propos de la thérapeutique de la scarlatine : « Le bain froid ne fait pas rentrer l'éruption, c'est la peur qu'en ont les familles. »

Il nous semble que c'est là bien maltraiter les nombreuses observations qui ont dominé pendant longtemps la nosographie des fièvres éruptives. Les auteurs, qui gardent à ce sujet un

silence absolu, ne peuvent pas même invoquer le changement survenu depuis l'ère antiseptique dans la plupart des symptômes de ces maladies, car ces faits sont encore d'observation courante. Nous-même, en présentons cinq cas (observations XIII, XVIII, XIX, XX, XXI) absolument calquables sur les observations qu'on trouve dans Trousseau, Rilliet et Barthez, et Mac Intosch.

Quoi qu'il en soit, le bon sens populaire ne s'y est pas trompé et s'il pêche à ce propos, c'est plutôt par exagération que par omission. Il est en effet fréquent de voir des craintes sans fondement dans l'entourage de nos malades, quand ceux-ci ont présenté une éruption légère en rapport avec des symptômes atténués.

C'est sans doute cette exagération qui a fait passer inaperçu de la plupart des médecins modernes le phénomène sur lequel nous désirons rappeler l'attention.

Quel est maintenant le mécanisme de cette rétrocession? Il serait, à notre avis, téméraire de vouloir en donner une explication absolue et intransigeante. Métastase, fluxion révulsive, ce sont deux façons différentes de considérer le même fait. L'éruption disparaît-elle parce que l'inflammation se porte à l'intérieur? La réaction interne est-elle la suite de la disparition de l'exanthème cutané? Les deux cas sont possibles. Il nous semble d'ailleurs difficile de savoir si c'est à un trouble primitif de la peau, qui ne fixe plus et n'élimine plus les toxines, qu'est dû l'effacement suivi d'une poussée vicariante sur les muqueuses internes et les épithéliums glandulaires ou de revêtements, ou si, au contraire, les toxines s'étant brusquement portées d'une façon élective sur tel ou tel organe, par appel au *locus minoris resistentiæ* ou par simple caprice, la peau n'a plus à réagir à des excitations portées sur d'autres points.

Il nous semblerait d'ailleurs oiseux d'insister sur ce point qui ne présente aucune importance pratique, puisqu'il suffit au point de vue pronostic et thérapeutique que si l'éruption disparaît subitement sans que la sédation des phénomènes généraux ait indiqué la fin du processus pathologique, il faut

en inférer ou que l'élimination et la fixation normale des produits pathologiques sont gênées, ou qu'une lésion profonde détermine vers elle l'appel de ce que nous voudrions encore pouvoir nommer les humeurs peccantes.

Somme toute, des quatre ordres de faits que nous venons de considérer, il nous a semblé qu'on pouvait tirer, à un point de vue général, deux lois présentant assez peu d'exceptions.

Dans les maladies infectieuses éruptives, quand l'intensité de l'exanthème est proportionnelle à l'intensité des phénomènes généraux, la gravité du pronostic est en rapport direct avec l'intensité de l'éruption.

Dans les maladies infectieuses éruptives, quand l'intensité de l'exanthème n'est pas en corrélation avec l'intensité des phénomènes généraux, la gravité du pronostic est en raison inverse de la facilité de l'éruption.

CHAPITRE IV

Les points d'appels de l'exanthème et les éruptions provoquées. Conditions thérapeutiques.

Les opinions que nous avons signalées chez les anciens auteurs et dans les familles ont toujours poussé les uns et les autres à chercher à obtenir de belles éruptions bien sorties.

L'usage d'enfermer les enfants dans une pièce surchauffée, où on les couvrait de laine et où on les gorgeait de boissons chaudes, existe encore dans les familles et répond à cette préoccupation. Les connaissances hygiéniques que nous possédons ont heureusement fait justice de cette coutume.

Parmi les médecins, l'usage des diaphorétiques a longtemps été le seul remède connu. Aujourd'hui cette pratique elle-même semble abandonnée et, après des essais sérothérapiques et autres aussi variés qu'infructueux, le traitement des fièvres éruptives reste purement hygiénique et éventuellement symptomatique.

Cependant un très petit nombre de faits, épars dans la littérature médicale, semble montrer la possibilité de s'engager dans une autre voie.

Rayer, le premier, a conseillé de rappeler une éruption rentrée par des bains chauds si la disparition vient d'avoir lieu sous l'influence d'un refroidissement subit. Rilliet et Barthez, par la suite, étendent considérablement cette méthode.

« Si l'exanthème disparaît subitement, il faut chercher à le rappeler, bien que sa réapparition, comme le dit avec raison

le Dr Rayer, ne soit pas toujours d'un pronostic favorable. Pour arriver à ce but, il faut appliquer sur la peau des révulsifs puissants ou au moins étendus, c'est-à-dire des sinapismes, ou plutôt de larges cataplasmes chauds, saupoudrés d'une petite quantité de farine de moutarde. Dans les cas extrêmes et lorsqu'il n'y a pas de complication broncho-pulmonaire, on peut donner un bain chaud qui, par son action très étendue, porte efficacement à la peau. Mais ce moyen ne doit être employé qu'avec une extrême réserve..... Peut-être pourrait-on le remplacer avantageusement par un bain de vapeur dont l'action est plus efficace, et qu'on peut donner avec plus de facilité de manière à éviter le refroidissement..... »

Trousseau, dans ses cliniques, cite le cas d'une jeune fille de 20 ans, présentant une scarlatine grave avec une agitation extrême, dont l'éruption, qu'on pouvait cependant croire à son summum d'intensité, fut exaltée par des affusions d'eau à 15°. On peut supposer que l'eau froide a, dans ce cas, joué localement le rôle d'un véritable révulsif.

Plus loin il ajoute : « Une autre médication m'a paru rendre des services momentanés dans un certain nombre de circonstances : c'est l'urtication. Lorsqu'au quatrième jour je voyais se manifester les signes du catarrhe, alors que l'exanthème morbilleux aurait dû apparaître, je faisais fustiger le corps du malade deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, de façon à produire sur la peau une abondante éruption. Cette urtication, moins douloureuse qu'on ne l'imagine, produit un effet immédiat. Bien que la fièvre ne cède pas, l'oppression diminue graduellement à mesure que la fluxion vers le tégument externe se prononce. »

Lœde, cité par Lesage, après avoir appliqué pendant un quart d'heure une bande constrictive sur le pli de flexion du coude, y voyait apparaître chez les scarlatineux de petites pétéchies.

Eichhorst signale qu'on peut augmenter artificiellement la coloration de la peau en couvrant chaudement le malade.

Galliard a publié, en 1886, l'observation d'un petit garçon dont le dos venait d'être badigeonné à la teinture d'iode au

moment où se déclara la varicelle. La région irritée par l'iode fut le siège d'une éruption de vésicules extrêmement nombreuses, remarquables par leurs dimensions et aussi de nombreuses vésicules miliaires, tandis que partout ailleurs l'exanthème était discret.

Rouéche a signalé l'apparition d'un rash pré-morbilleux au niveau du point d'application d'un enveloppement sinapisé.

Ces faits, peu nombreux on le voit, on été fréquemment observés dans la pratique de l'Hospice de Brévannes. C'est pourquoi nous avions pris l'habitude de faire appliquer un révulsif cutané, bain, enveloppement ou cataplasme sinapisé, dès qu'un enfant présentait un ensemble de symptômes capables de nous faire supposer l'invasion d'une maladie éruptive. Souvent nous étions ainsi précocement prévenus de la notion de contagiosité, ce qui nous permettait de prendre précocement les mesures nécessaires de prophylaxie.

Le malade lui-même en tirait toujours un grand profit, car souvent la révulsion cutanée a facilité la sortie d'une éruption dans les cas où les symptômes généraux et les phénomènes internes semblaient avoir une part prépondérante et nous faisaient craindre une marche sérieuse de l'affection (Obs. XV, XVII, XVIII, XIX).

Dans la scarlatine qui nous a atteint, le diagnostic n'a été fait qu'à la suite d'une application de ventouses, l'éruption ne se montrant que sur la place même de chacune d'elles, et l'exanthème s'accompagnant d'une grande amélioration des symptômes généraux (Obs. XXI).

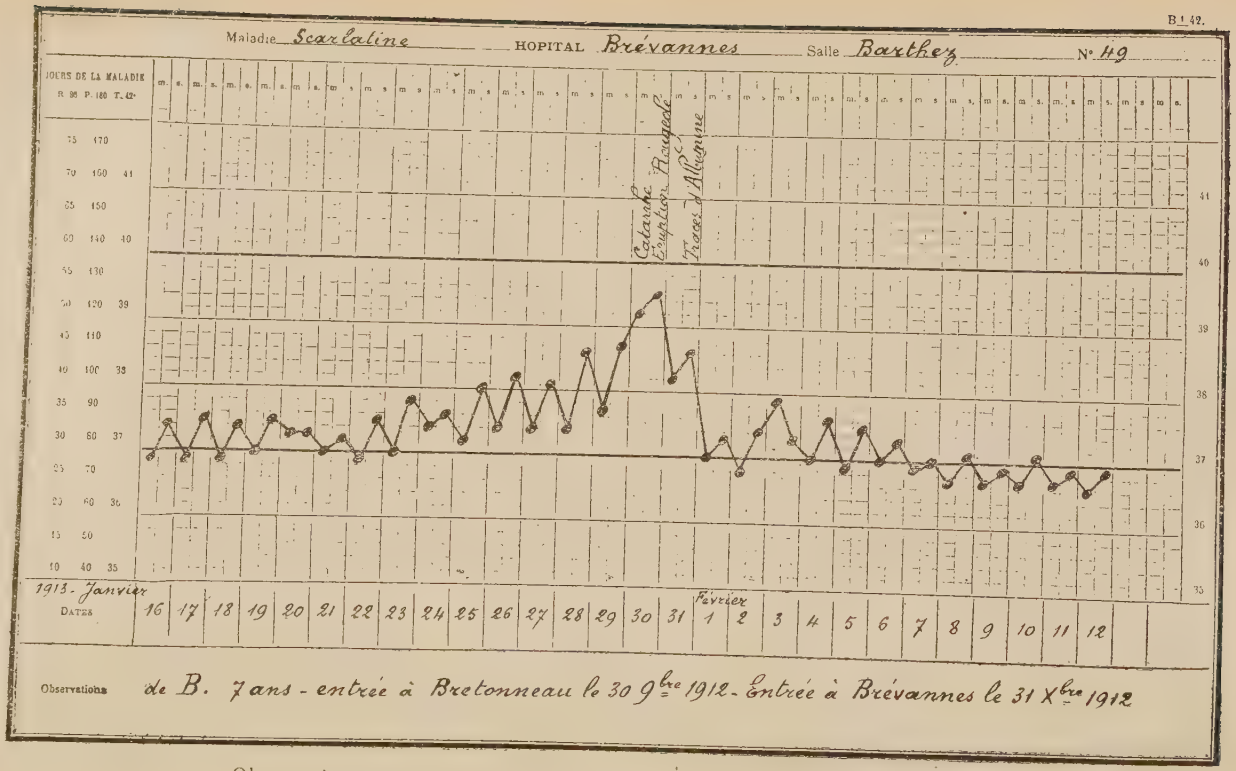
Nous avons d'ailleurs souvent eu recours à la même pratique pour rappeler des éruptions rétrocédées. Le succès n'a pas toujours couronné nos efforts. Mais dans les observations XV, XIX et XX on peut voir le résultat obtenu par cette façon de procéder. D'ailleurs nous avons conscience que, même dans les cas suivis d'insuccès en ce qui concerne l'éruption, notre application révulsive avait la plus heureuse influence en tant que dérivatif. Or, cette dérivation a toujours été la médication de choix. Qu'elle soit sanguine ou intestinale les anciens

et les modernes sont d'accord pour la préconiser dans tous les cas où il faut intervenir.

West, qui est cité par tous les auteurs, a signalé le succès des émissions sanguines modérées dans toutes les formes malignes. Borsieri a décrit l'amélioration qui survient dans les rougeoles graves à la suite d'un épistaxis. Toutefois le procédé n'a guère été employé à cause de la difficulté de la phlébotomie chez l'enfant. Les ventouses scarifiées sont aujourd'hui d'une application plus facile, et nous nous sommes toujours fort bien trouvé de leur application dans les cas sérieux, même en dehors des complications pulmonaires. Ce procédé nous permettait d'associer les avantages des émissions sanguines à ceux de la révulsion cutanée.

En résumé, nous nous croyons autorisé, d'après les faits observés surtout par les anciens auteurs et par les observations que nous avons pu faire, à affirmer que la peau a cliniquement un véritable rôle dépurateur vis-à-vis des humeurs pathologiques déterminées par le processus infectieux, soit qu'elle serve à fixer, soit qu'elle serve à éliminer ces différentes productions. En outre, le même rôle peut être joué par d'autres organes, dont l'entrée en scène affecte souvent l'aspect d'une véritable complication et dont l'activité pathologique peut être supplémentaire ou complémentaire de celle de la peau.

Le thérapeute devra donc avoir pour règle absolue de toujours respecter l'évolution de l'exanthème, ou de ne chercher à l'atteindre que pour la pousser et l'exagérer. C'est sur elle qu'il devra également agir pour combattre les complications de la période d'éruption. Les médications diaphorétiques et dérivatives seront donc la base du traitement général, non symptomatique et non spécifique de toutes les fièvres éruptives.


B 1 42.
Maladie Scarlatine HOPITAL Brévannes Salle Barthez N° 49
JOURS DE LA MALADIE
R 36 P. 160 T. 42
Catarrhe
Eruption Rougeole
Roses d'Allemagne
1913 - Janvier
Février
DATES
16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
Observations de B. 7 ans - entrée à Bretonneau le 30 9bre 1912 - Entrée à Brévannes le 31 Xbre 1912

Observation I. — *Rougeole.* — Défervescence à l'apparition de l'éruption.

OBSERVATION I

De B.... Blanche, 7 ans, entrée à Bretonneau le 30 novembre 1912 : entrée à Brévannes le 31 décembre 1912 en convalescence de scarlatine. Bon état à l'entrée.

Du 25 au 29 janvier 1913, élévation progressive de la température sans aucun symptôme.

30 janvier : matin 39°2 ; l'enfant présente à la partie antérieure du thorax un exanthème léger qui nous permet le diagnostic de rougeole ; le soir catarrhe oculo-nasal, éruption généralisée ; température 39°5.

31 janvier : matin 38°2 ; albuminurie légère et transitoire, éruption bien sortie ; soir 38°6.

1er février : matin 37° ; soir 37°3 ; la défervescence est complète, l'éruption pâlit et la convalescence est normale.

OBSERVATION II

T.... Roger, 7 ans 1/2 ; entré à Hérold le 4 novembre 1912, entré à Brévannes le 21 novembre 1912 pour convalescence de scarlatine. Bon état à l'arrivée.

27 novembre : apparition de ganglions cervicaux sur lesquels on applique des compresses chaudes humides ; matin 37°8 ; soir 38°4.

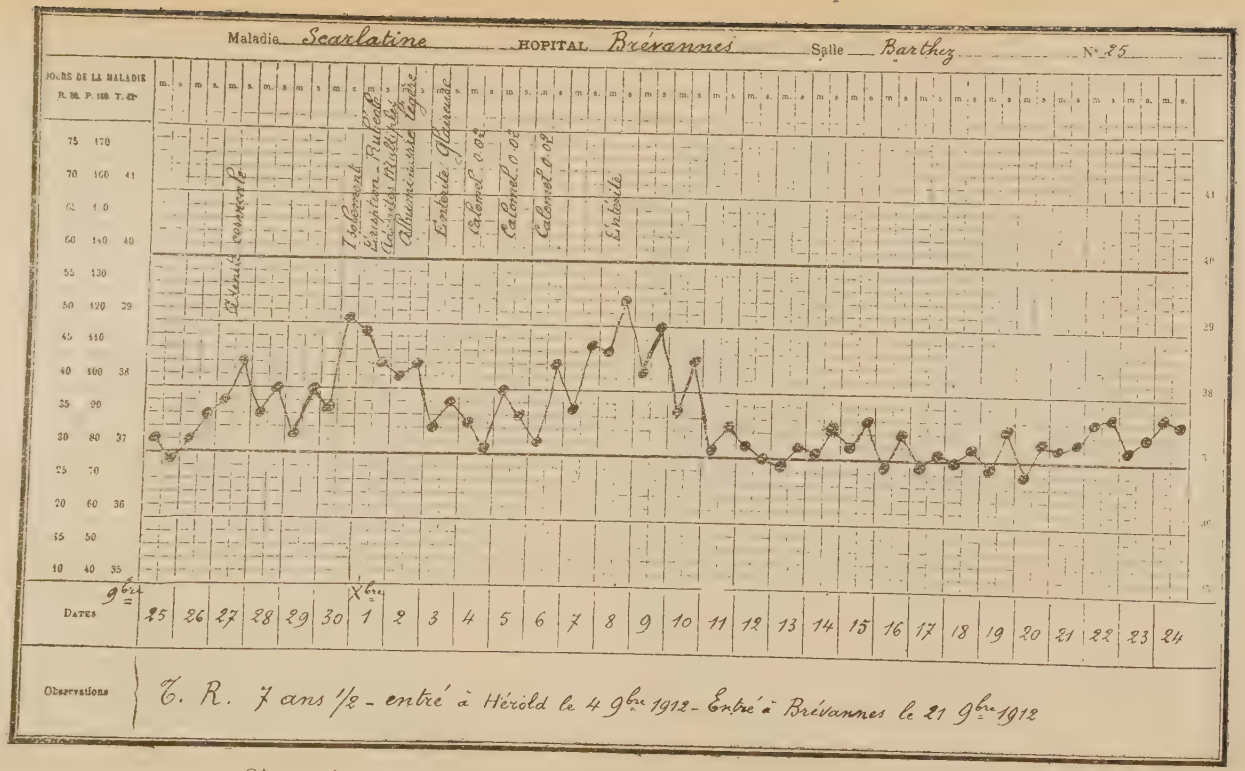
28 novembre : matin 37°7 ; soir 38°.

29 novembre : matin 37°5 ; soir 38°.

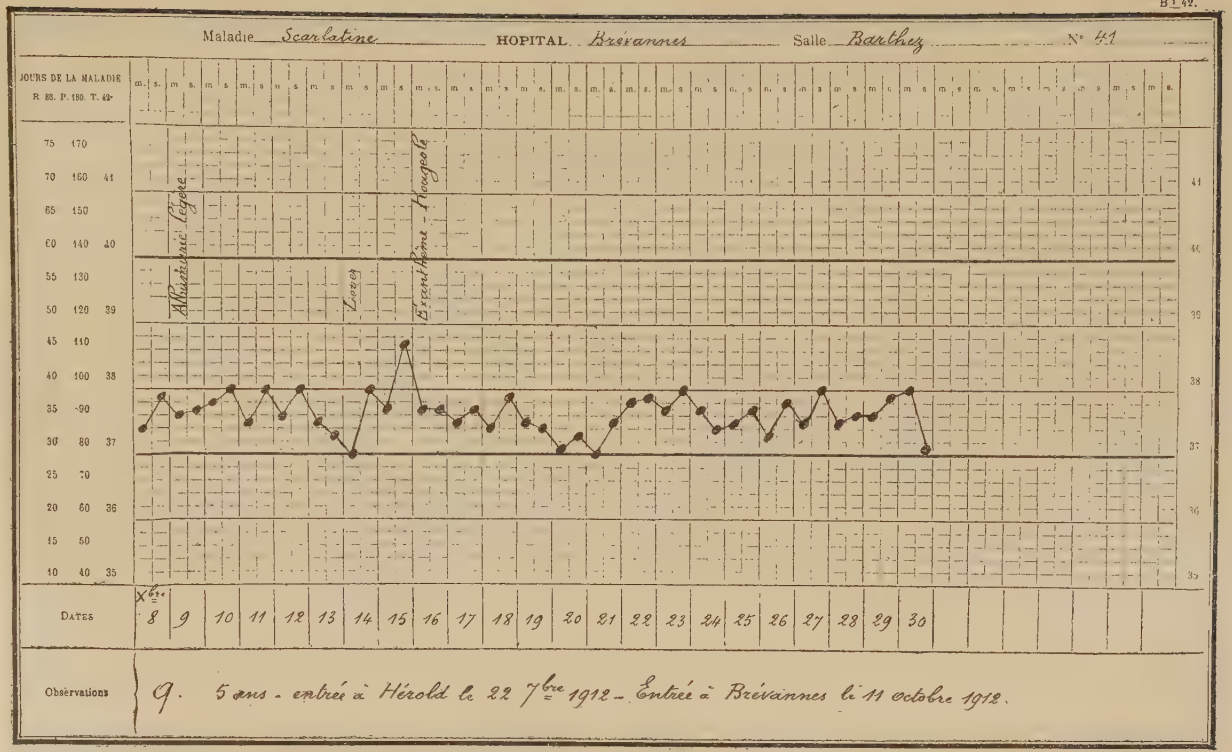
30 novembre : matin 37°8 ; soir 39°1. En présence de cette température, nous faisons isoler l'enfant.

1er décembre : matin 38°9. Dans la nuit, est sortie une éruption assez forte de rubéole, en même temps que de nombreux groupes ganglionnaires, cervicaux, retro-auriculaires, sous pectoraux, inguinaux sont apparus ; soir 38°4.

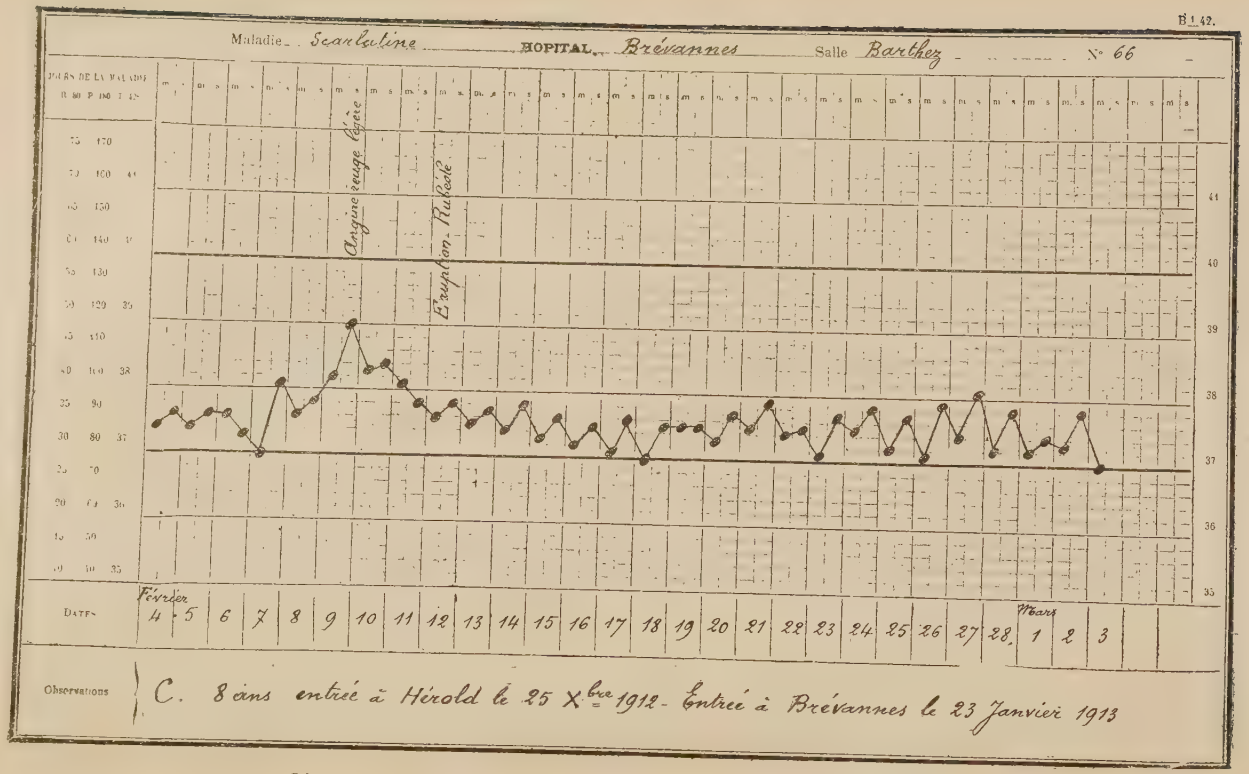
2 décembre : matin 38°2 ; albuminurie légère et transitoire ; soir 38°4.


Maladie Scarlatine HOPITAL Brévannes Salle Barthez N° 25
JOURS DE LA MALADIE
R. 36. P. 108. T. 42°
Dates
Observations
T. R. 7 ans 1/2 - entré à Héröld le 4 9bre 1912 - Entré à Brévannes le 21 9bre 1912

Observation II. — *Rubéole.* — Défervescence à l'apparition de l'éruption.


B 1 42.
Maladie Scarlatine HOPITAL Brévannes Salle Barthez N° 41
JOURS DE LA MALADIE
R 88. P. 180. T. 42°
Albuminurie légère
Zona
Exanthème - Rougeole
DATES
8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
Observations
Q. 5 ans - entrée à Hérold le 22 7bre 1912 - Entrée à Brévannes le 11 octobre 1912.

Observation III. — *Rougeole bénigne.* — Défervescence au moment de l'éruption.


B 1 42.
Maladie Scarlatine HOPITAL Brévannes Salle Barthez N° 66
Angine rouge légère
Eruption Rubéole?
Février
Mars
Observations
C. 8 ans entrée à Hérold le 25 Xbre 1912 - Entrée à Brévannes le 23 Janvier 1913

Observation IV. — *Rubéole.* — Eruption après la défervescence.

3 décembre : matin 37°4; l'enfant a dans ses selles des glaires abondantes; ses matières sont fétides. Cette entérite jointe à des crises de constipation opiniâtre détermine des poussées fébriles qui ne cèdent qu'à l'administration de nombreux laxatifs et de désinfectants intestinaux.

L'enfant sort en bon état le 25 décembre.

OBSERVATION III

Q.... Georgette, 5 ans; entrée à Hérold le 22 septembre 1912; entrée à Brévannes le 11 octobre 1912. Son poids est de 19 kgs. 200; elle présente une albuminerie légère et de la vulvite à l'entrée; la gorge est blanchâtre. On lui fait des badigeonnages à la glycérine résorcinée et on la met au lait. Le 15, elle ne présente plus d'albumine, mais la gorge est toujours sale et l'enfant tousse un peu; elle présente en même temps une constipation opiniâtre; on lui donne 5 grammes d'huile de ricin tous les jours.

11 novembre : à la contre-visite, montée brusque de la température à 39°4. Elle présente un foyer de pneumonie au sommet droit; en même temps, reprise de l'albuminerie, chute brusque et crise au 7e jour le 17 novembre et arrêt de l'albuminurie; on la réalimente progressivement.

9 décembre : l'albuminurie reparaît légèrement en même temps que la température remonte à 38° et s'y maintient jusqu'au 12 décembre où on donne à l'enfant un laxatif amenant l'émission de 2 selles; l'enfant est maintenue au lit.

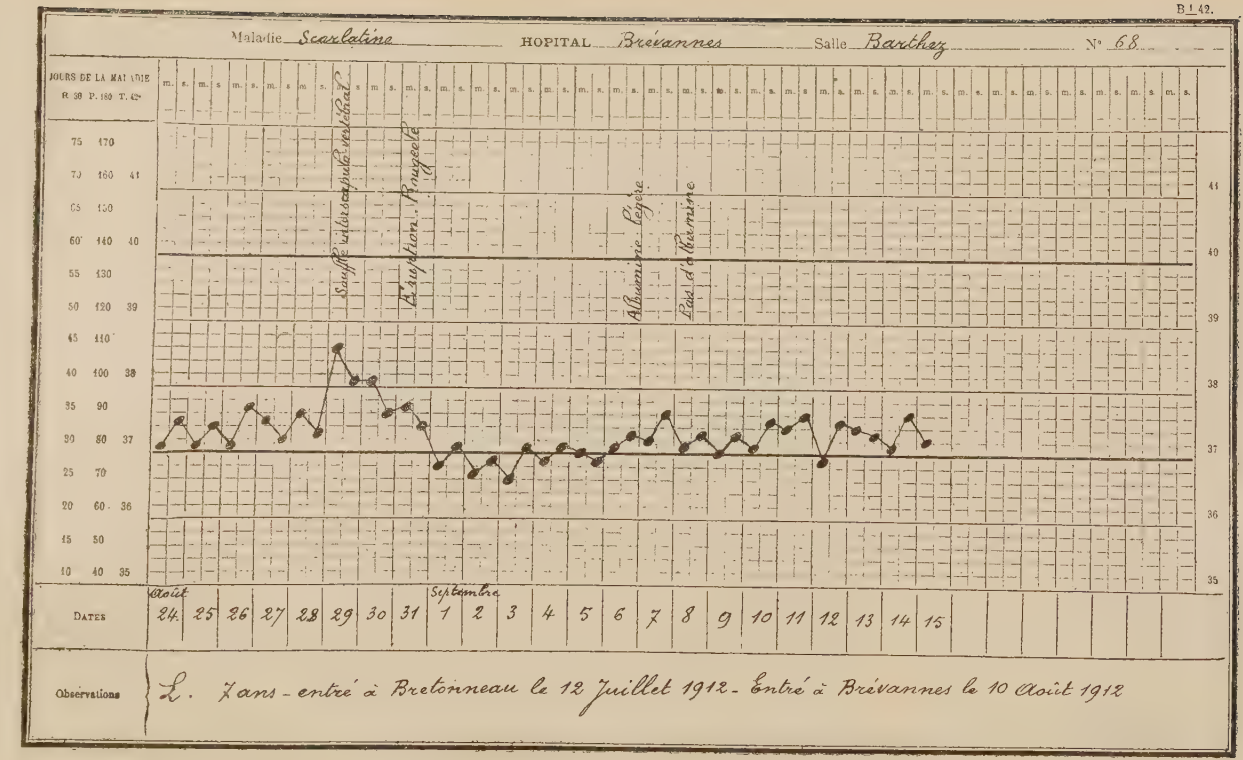
13 décembre : matin 37°5; soir 37°3.

14 décembre : matin 37°; soir 38°. Dans la journée, l'enfant avait été levée, la fièvre du soir est mise sur le compte de ce changement.

15 décembre : matin 37°7; soir 38°8; aucun symptôme expliquant cette température.

16 décembre : matin 37°8. Dans la journée, apparaît un exanthème morbilleux bien caractérisé et le soir la température est redescendue à 37°7.

Les suites sont normales, l'albuminurie persiste jusqu'au 10 janvier 1913 et, le 22, l'enfant guérie est remise en bon état à sa famille.


B 1 42.
Maladie Scarlatine
HOPITAL Brévannes
Salle Barthez
N° 68
JOURS DE LA MALADIE
R. 36 P. 180 T. 42°
Saignée vésico-scapulo-vertébrale
Éruption Rougeole
Albumine Légère
Pâle et décolorée
Août
Septembre
DATES
24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
Observations
L. 7 ans - entré à Bretonneau le 12 juillet 1912 - Entré à Brévannes le 10 Août 1912

Observation V. — *Rougeole.* — Éruption après le début de la défervescence.

OBSERVATION IV

Ch.... Germaine, 8 ans; entrée à Hérold le 25 décembre 1912; entrée à Brévannes le 23 janvier 1913 pour convalescence de scarlatine; bon état; poids 19 kgs. 600; pas d'albumine.

L'enfant présente dès son arrivée une angine herpétique sans gravité.

Le 7 février, la température, qui était de 37° le matin, monte à 38° le soir; l'examen attentif ne montre aucun signe particulier.

Le 8 février : matin 37°6; soir 37°8; rien de nouveau.

9 février : matin 38°2; la gorge est rouge, les amygdales grosses, la langue sale; l'enfant n'a pas été à la selle la veille, le ventre est ballonné; ingestion de 15 grammes d'huile de ricin; 4 selles; soir 39°.

10 février : matin 38°3; le ventre est encore ballonné et l'état saburral; 5 grammes d'huile de ricin; 3 selles; soir 38°4.

11 février : la température baisse; matin 38°1, soir 37°8; l'enfant est mise à la purée et au képhyr.

12 février : la température se rapproche de la normale: matin 37°6. Dans la journée, apparaît une éruption franche de rubéole, généralisée à tout le corps; les phénomènes généraux s'amendent alors complètement et le soir la température n'est plus qu'à 37°8.

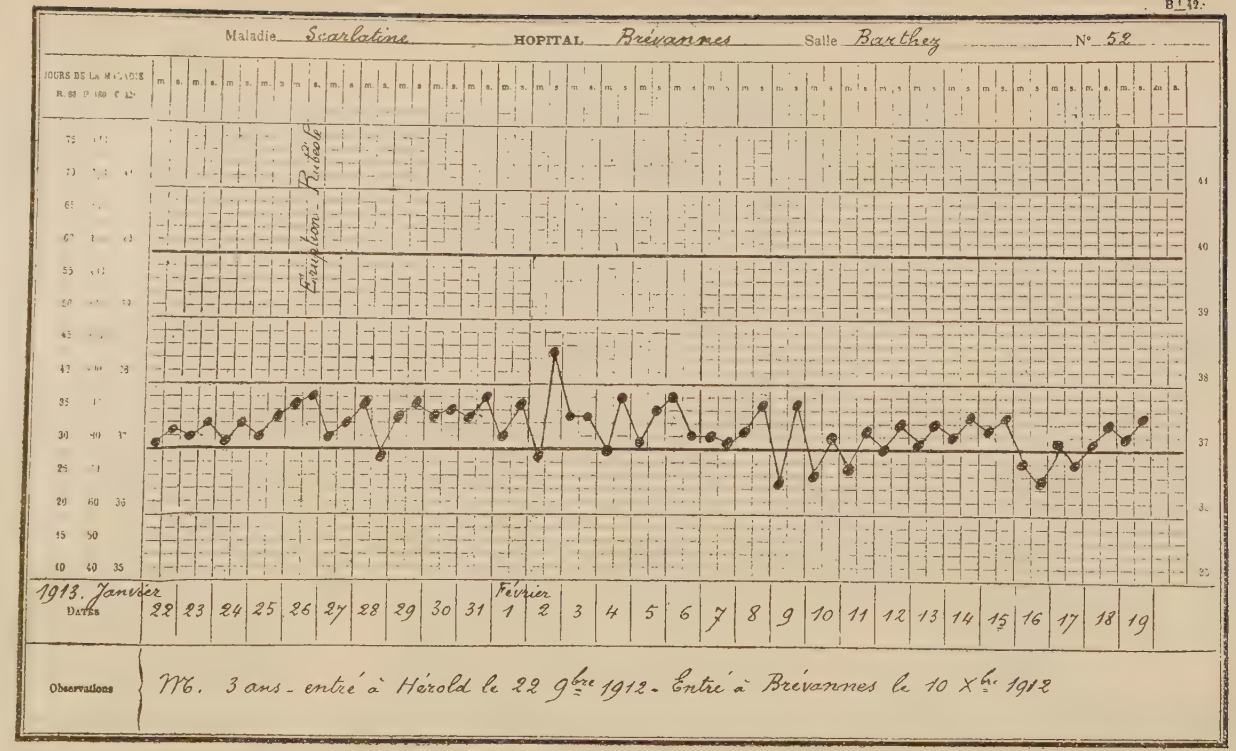
A partir de cette époque, la convalescence est normale et l'enfant est rendue à sa famille le 3 mars.

OBSERVATION V

L.... André, 7 ans : entré à Bretonneau pour scarlatine le 14 juillet 1912, entré en convalescence à Brévannes le 10 août 1912. Enfant en bon état sans albumine.

Le 29 août, la température ayant été de 38°6 et l'enfant toussant, on lui trouve un très léger souffle interscapulo-huméral; il n'a pas d'albumine; application de teinture d'iode; 38° le soir.

30 août : matin 38°; pas de nouveau symptôme; soir 37°6.


Maladie Scarlatine HOPITAL Bréyannes Salle Barthez N° 52
JOURS DE LA MALADIE
Eruption Rubéole
1913. Janvier Février
Dates
22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
Observations
M6. 3 ans - entré à Hérold le 22 9bre 1912 - Entré à Bréyannes le 10 Xbre 1912

Observation VI. — *Rubéole.* — La température du soir ne remonte pas le soir de l'éruption.

31 août : matin 37°7; dans la journée apparaît une éruption morbilleuse assez fugace et le soir la température est revenue à 37°4.

7 septembre : apparition d'une albuminurie légère et fugace disparaissant le 8 et correspondant à une légère élévation thermique à 37°6.

16 septembre : l'enfant, ayant fini sa desquamation, est rendu à ses parents.

OBSERVATION VI

M.... Henri, 3 ans; entré à Hérold le 22 novembre 1912; entré à Brévannes comme convalescent de scarlatine le 10 décembre 1912. A l'entrée, pas d'albumine; otite double.

Du 27 au 31 décembre, épisode pulmonaire court avec ascension thermique à 40°6; albuminurie légère et transitoire.

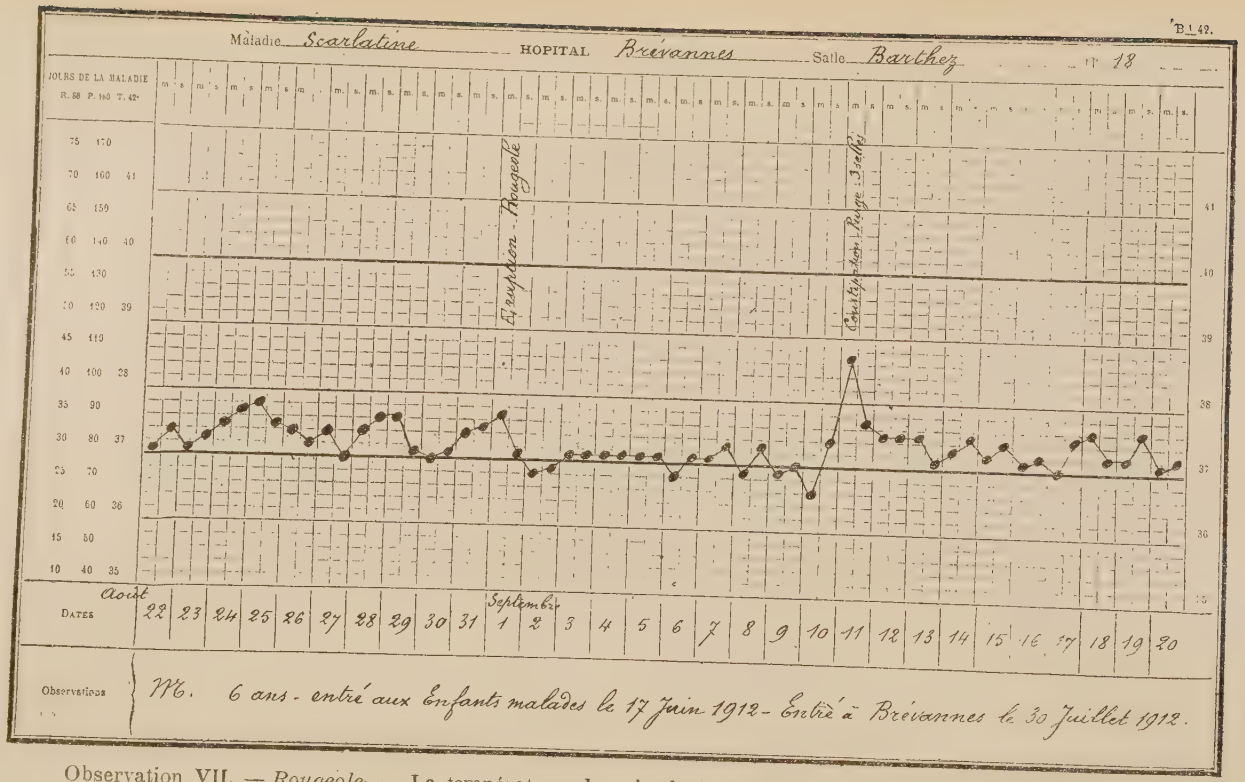
Le 26 janvier, la température, qui oscillait autour de 37°, s'élève ce matin à 37°7. Le soir, à la contre-visite, éruption légère et discrète de rubéole. La température n'est qu'à 37°8 après l'éruption et revient à 37°2 le lendemain matin; elle se maintient à peu près normale jusqu'à la sortie de l'enfant.

OBSERVATION VII

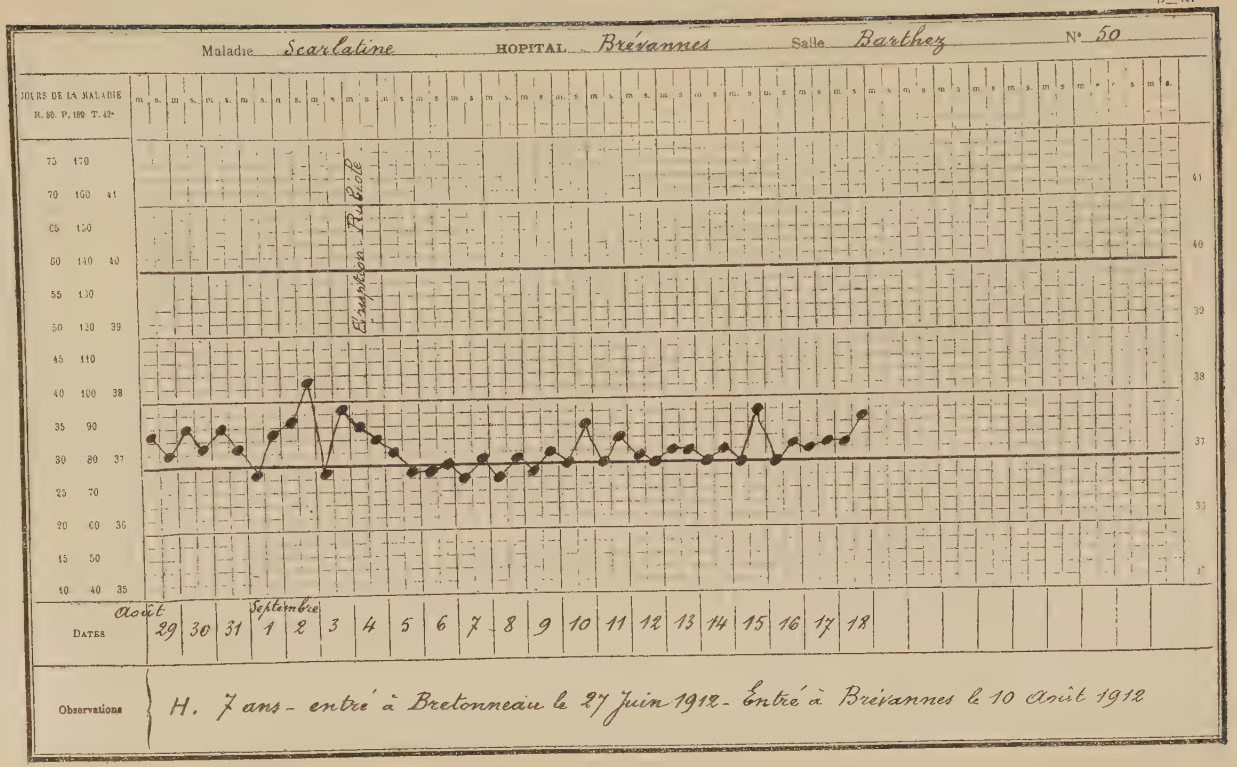
M.... Ernest, 6 ans, entré aux Enfants-Malades le 17 juin 1912; entré à Brévannes le 30 juillet 1912 en convalescence de scarlatine. Bon état à l'arrivée.

Le 23 août, sans raison appréciable, l'enfant commence une série de petites oscillations cycliques; la température, habituellement à 37°, monte chaque jour et par dixième de degré, jusqu'aux environs de 38°, et redescend de la même manière.

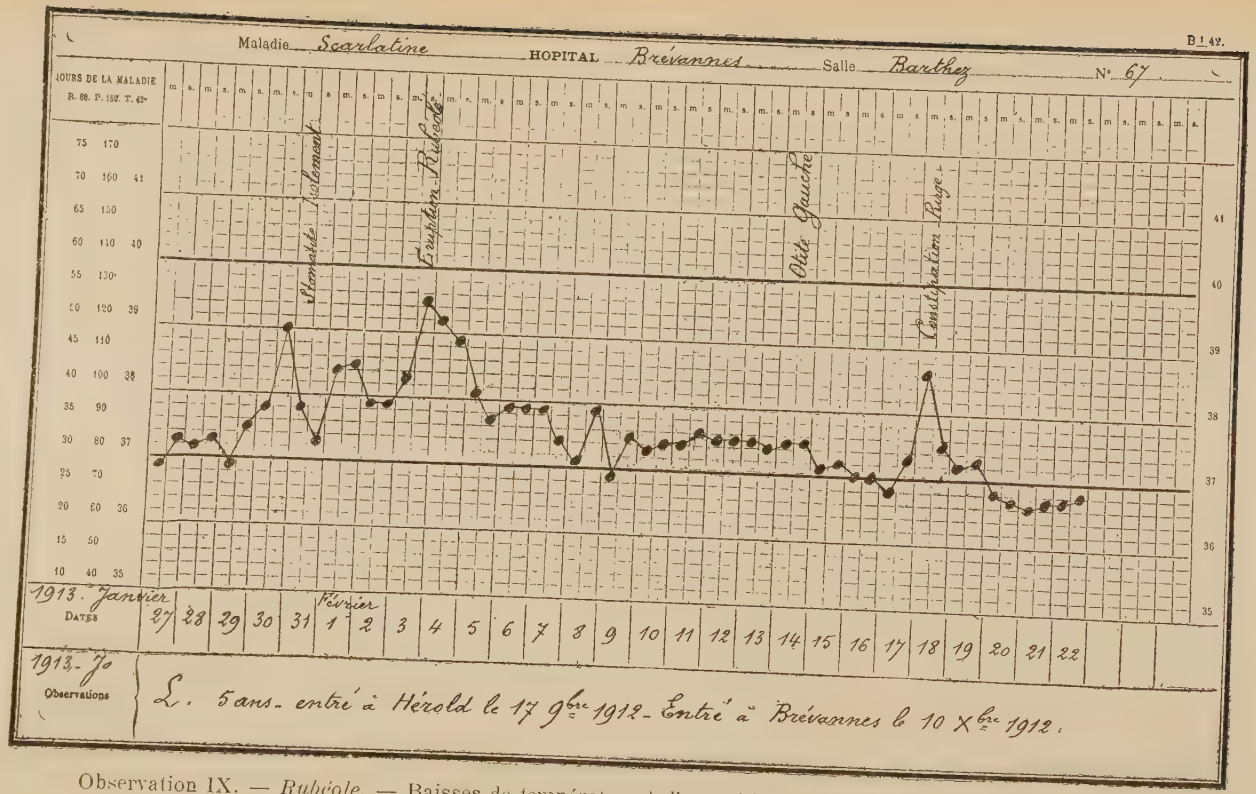
Le 1er septembre, la température du matin est à 37°6. Dans la journée apparaît, sur le devant de la poitrine, une éruption de rougeole indiscutable, quoique discrète; catarrhe oculo-nasal très léger. Le soir, la température est revenue à 37°, où elle se maintiendra jusqu'à la sortie de l'enfant.


B 1 42.
Maladie Scarlatine HOPITAL Brévannes Salle Barthez n° 18
JOURS DE LA MALADIE
R. 88 P. 160 T. 42°
Eruption - Rougeole
Eruption - Rougeole
Août
Septembre
DATES
22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Observations
Mc. 6 ans - entré aux Enfants malades le 17 Juin 1912 - Entré à Brévannes le 30 Juillet 1912.

Observation VII. — *Rougeole.* — La température du soir de l'éruption est bien inférieure à celle du matin.


B. 142.
Maladie Scarlatine HOPITAL Brévannes Salle Barthez N° 50
JOURS DE LA MALADIE
R. 80. P. 180 T. 42°
Eruption Rubéole
Dates
août 29 30 31
Septembre 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18
Observations
H. 7 ans - entré à Bretonneau le 27 juin 1912 - Entré à Brévannes le 10 Août 1912

Observation VIII. — *Rubéole.* — Défervescence le matin de l'éruption.



Observation IX. — *Rubéole.* — Baisses de température à l'apparition de l'énanthème puis de l'exanthème.

OBSERVATION VIII

H.... Wilhelm, 7 ans; entré à Bretonneau le 27 juin 1912; entré à Brévannes en convalescence de scarlatine le 10 août 1912. Bon état à l'entrée.

Le 2 septembre, la température, jusque-là normale, monte brusquement à 38°3. Aucun symptôme n'explique cette ascension.

3 septembre : matin 36°9; soir 38°.

4 septembre : matin 37°6; apparition d'une éruption de rubéole typique; soir 37°4.

A partir de ce moment, la température redevient normale et l'enfant poursuit normalement sa convalescence.

OBSERVATION IX

L.... Jacques, 5 ans; entré à Hérold le 17 novembre 1912; entré à Brévannes le 10 décembre 1912. Enfant en assez mauvais état, rachitique, présentant des déformations osseuses caractéristiques. Traces d'albumine dans ses urines, albumine qui disparaît en quelques jours.

Le 27 décembre, brusque ascension de la température à 39°2. Pneumonie évoluant normalement jusqu'au 2 janvier, date de la défervescence.

30 janvier : Après une convalescence normale, la température s'élève brusquement le matin à 37°8, le soir à 39°. A la contre-visite, nous constatons un léger degré de stomatite.

31 janvier : matin 37°8; même état; la gorge est rouge et la poitrine semée de sibilances; ventouses; collutoire résorciné; isolement; soir 37°3.

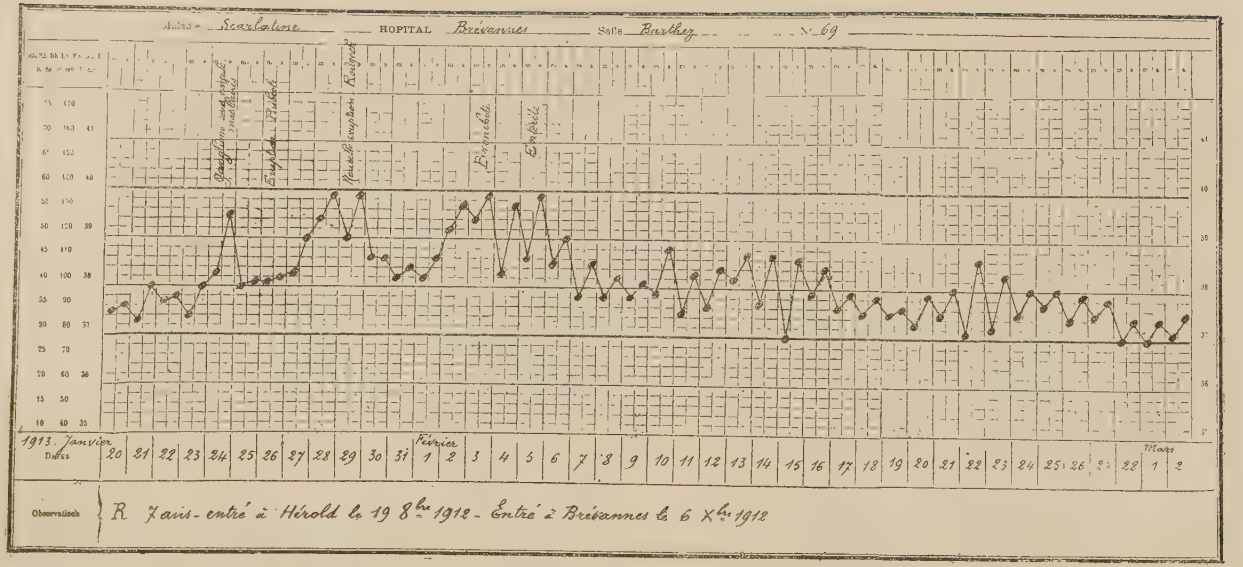
1er février : matin 38°4; soir 38°5.

2 février : matin 38°1; soir 38°1.

3 février : matin 38°3; soir 39°5; une éruption de rubéole typique est apparue.

4 février : matin 39°2; la défervescence commence et sera régulière, malgré l'apparition d'otite gauche légère et passagère le 14 février, et une ascension brusque à 38°6 le 18 février, cédant à l'absorption d'un purgatif.

L'enfant sort le 3 mars en bon état.



Observation X. — *Rubéole.* — Pas d'ascension vespérale. *Rougeole.* — Défervescence à l'éruption.

OBSERVATION X

R..... Henri, 7 ans; entré à Hérold le 19 octobre 1912; entré à Brévannes en convalescence de scarlatine le 6 décembre 1912.

A son entrée, l'enfant est fébrile; mauvais état général; micropolyadénopathie ; obscurité respiratoire aux deux sommets; pas d'albumine; constipation; poids 19 k. 700.

11 décembre : apparition d'un énorme ganglion inguinal gauche rouge et chaud; lit, compresses humides.

26 décembre au 31 décembre, la température s'élève progressivement, état saburral ne cédant pas à une purgation; puis angine à fausses membranes d'aspect banal. Injection de sécurité de 20cm³ de sérum antidiphtérique.

Le 4 janvier: tout est redevenu normal.

9 janvier : matin 37°5, soir 39°3; constipation ; administration d'un laxatif; 3 selles.

10 janvier : matin 36°8 ; soir 37°3.

12 janvier : nouvelle élévation le soir à 39°7 ; quelques sibilances dans la poitrine ; ventouses sèches.

23 janvier : matin 37°4; soir 38° ; constipation, sans autre symptôme.

24 janvier : matin 38°3 ; laxatif 2 selles. Dans la journée, apparition à l'angle de la mâchoire, qui jusque-là était indemne, de ganglions, de petites masses dures roulant sous le doigt; soir 39°5.

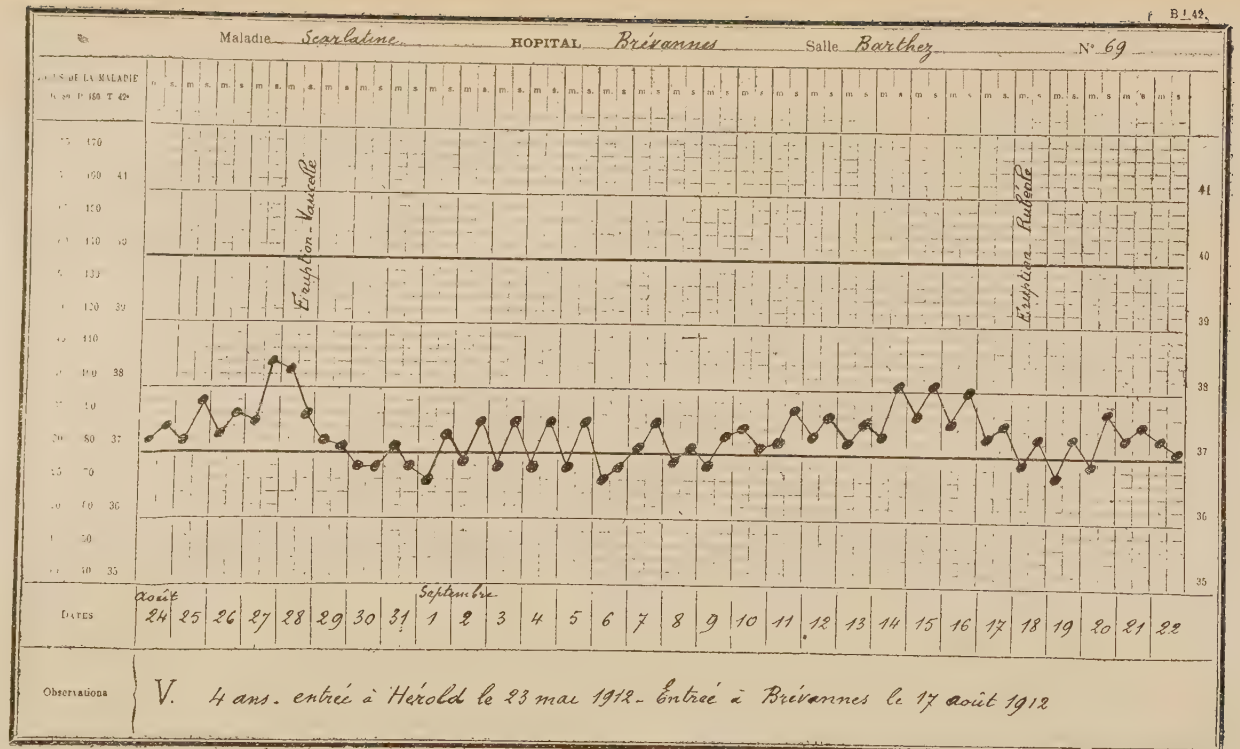
25 janvier : matin 38°1 ; l'enfant ne présente rien de nouveau le matin, mais à la contre-visite éruption de rubéole très nette, petites papules miliaires, peu élevées, rouges, bien marquées sur la face d'extension des membres et sur l'abdomen ; pas de catarrhe oculo-nasal ; température 38°1.

26 janvier : même état, l'éruption est encore nette ; matin 38°1, soir 38°2.

27 janvier : matin 38°3; l'enfant est abattu; état saburral très marqué; soir 39°.

28 janvier : matin 39°4; soir 39°9; un peu de catarrhe oculo-nasal.

29 janvier : matin 39°1; état saburral; l'éruption a pâli et l'on voit apparaître, au sommet des papules à peine colorées, une petite squame de quelques dixièmes de millimètre de diamètre. A la contre-visite, la température est de 39°9 et le personnel nous signale une recrudescence de l'éruption. A un examen



Observation XI. — *Varicelle.* — Défervescence à l'apparition des vésicules. — *Rubéole.* — Exanthème au cours de la défervescence.

soigneux de l'enfant, nous nous apercevons que l'éruption rubéolique est toujours dans le même état avec des petites squames au sommet d'une papule miliaire qui n'est plus colorée. Mais en plus sur la peau saine, et même empiétant sur les anciens éléments rubéoliques, des macules roses lenticulaires s'effaçant sous le doigt, caractéristiques d'un exanthème morbilliforme.

30 janvier : l'éruption de rougeole est terminée et la température est à 38°6 le matin et le soir.

31 janvier : matin 37°2 ; soir 37°4.

4 et 5 février : un peu de bronchite survient, ventouses simples et scarifiées.

6 février : apparition de glaires d'entéro-colite muco-membraneuse dans les selles. C'est cette dernière affection qui troublera seule la convalescence et qui déterminera le 3 mars son retour à l'hôpital d'origine.

OBSERVATION XI

V..... Marie, 4 ans : entrée à Hérold le 23 mai 1912 ; arrive le 17 août 1912 à Brévannes comme convalescente de scarlatine. C'est une enfant en assez mauvais état, amaigrie, présentant des adénopathies multiples, de la congestion des sommets ; voûte palatine ogivale ; nez en lorgnette ; dents crénelées ; hérédo-syphilitique et tuberculeuse. Elle porte à l'abdomen une cicatrice récente suite, d'après les renseignements obtenus, d'un abcès de la paroi abdominale d'origine sérique ; pas d'albumine.

27 août : après une élévation progressive de la température depuis 3 jours et procédant par dixième de degré, l'enfant présente le matin 37°5 et le soir 38°4, sans symptômes particuliers.

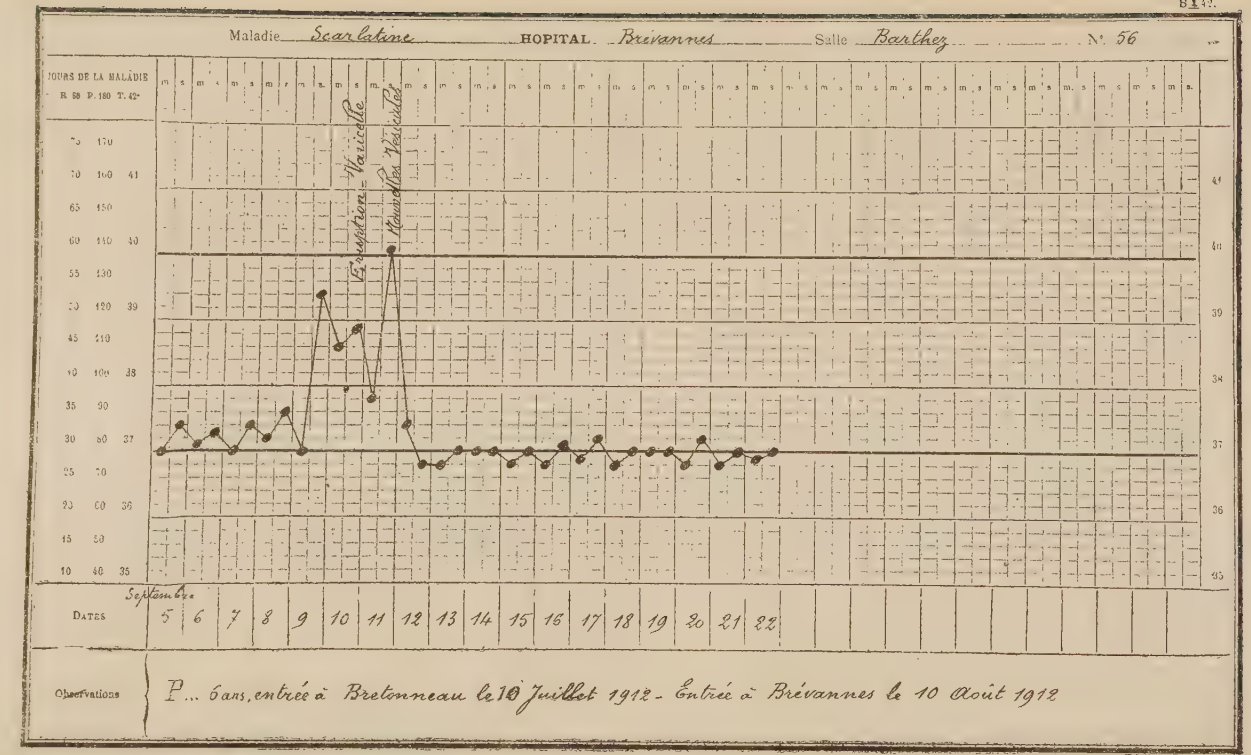
28 août : matin 38°3. Dans la journée apparaît une éruption de varicelle discrète ; température du soir 37°5.

29 août : la température est redevenue normale, l'éruption est stationnaire.

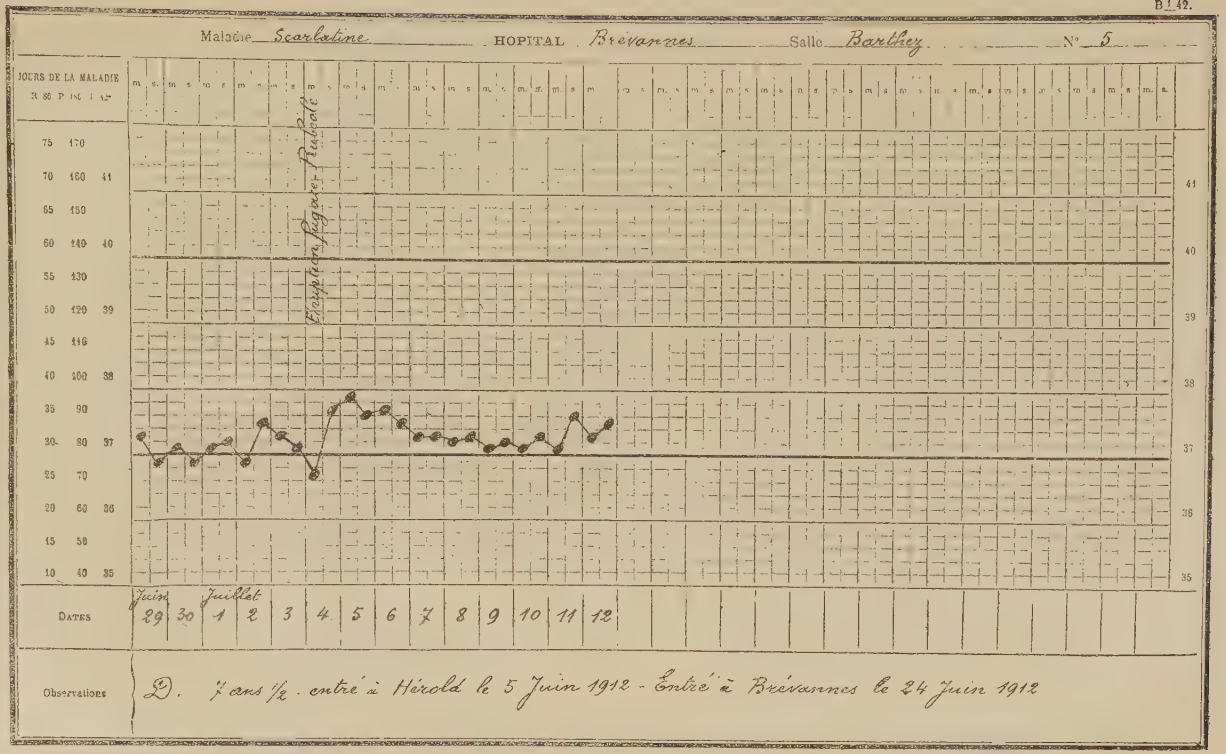
30 août au 13 septembre : l'enfant va bien.

13 au 16 septembre : la température remonte progressivement jusqu'à 38°, sans aucun symptôme capable de fixer le diagnostic du nouvel incident.

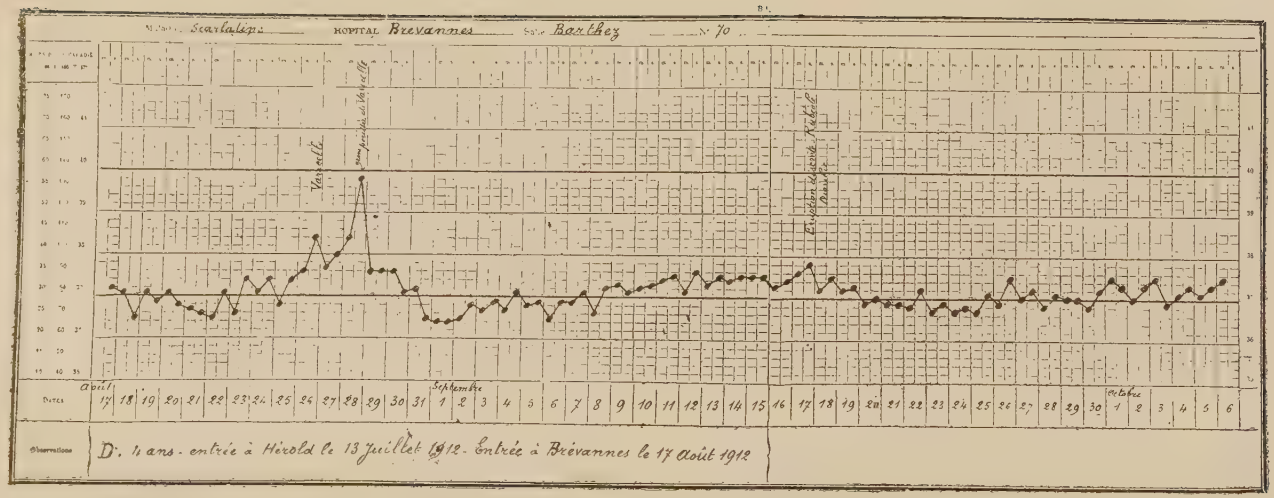
17 septembre : La température redevient normale, mais le soir apparaît une éruption légère et fugace de rubéole ; l'enfant est isolée et finit sans incident sa convalescence jusqu'au 26 octobre.


Maladie Scarlatine HOPITAL Brévannes Salle Barthez N° 56
JOURS DE LA MALADIE
R 88 P. 180 T. 42°
Éruption = Varicelle
Nouvelles Vésicules
Dates
5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
Septembre
Observations
P... 6 ans, entrée à Bretonneau le 10 Juillet 1912 - Entrée à Brévannes le 10 Août 1912

Observation XII. — *Varicelle*. — Éruption en deux poussées, baisse de la température après chacune.


B. 142.
Maladie Scarlatine HOPITAL Brévannes Salle Barthez N° 5
JOURS DE LA MALADIE
Éruption fugace Rubéole
DATES
Juin 29 30
Juillet 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
Observations D. 7 ans 1/2. entré à Hérold le 5 Juin 1912 - Entré à Brévannes le 24 juin 1912

Observation XIII. — *Rubéole fugace.* — Baisse de la température à l'apparition. — Montée à la disparition.



Observation XIV. — *Varicelle en deux temps.* — Baisse de température après chacune. — *Rubéole.* — L'exanthème arrête la légère montée des jours précédents.

OBSERVATION XII

P..... Marcelle 6 ans : entrée à Bretonneau le 11 juillet 1912; entrée à Brévannes le 10 août comme convalescente de scarlatine; enfant en bon état.

Le 9 septembre : la température qui oscillait jusque-là autour de 37° s'élève brusquement le soir à 39°4 à la contre-visite. A ce moment, on ne note aucun phénomène particulier, le lendemain la température est de 38°6 le matin et de 38°8 le soir, en même temps qu'apparaissent des vésicules caractéristiques de varicelle.

Le lendemain matin 11 septembre, la température est de 37°8: l'éruption reste stationnaire et après une dernière ascension à 40°2, suivie de l'apparition de nouveaux éléments, la défervescence et la convalescence s'établissent normalement. L'enfant sort guérie le 7 octobre.

OBSERVATION XIII

D..... Georges 7 ans 1/2 : entré à Hérold le 5 juin 1912; entré à Brévannes en convalescence de scarlatine le 24 juin 1912 : bon état; poids 19k100; pas d'albumine.

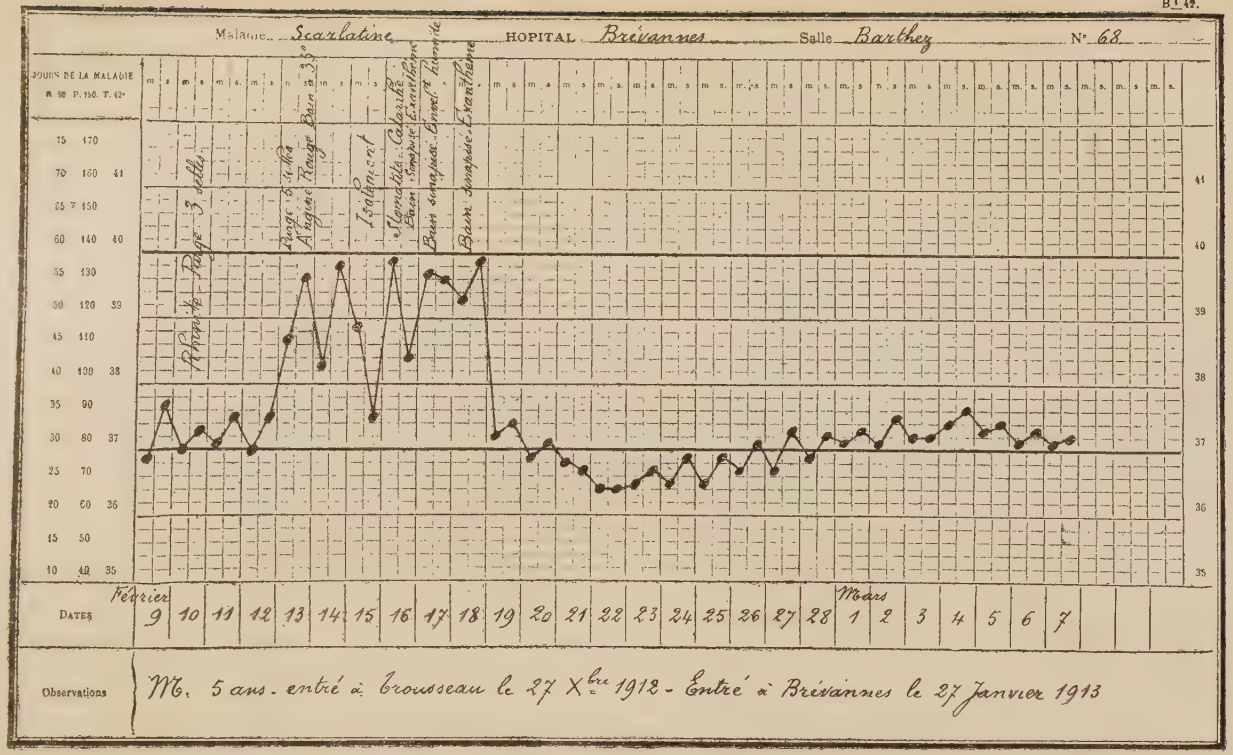
La température, qui reste en général au-dessous de 37°, monte à 37°6 le 2 juillet. Elle baisse les jours suivants pour être de 36°6 le 4 au matin, date à laquelle nous observons un exanthème léger et fugace, durant quelques heures, et caractéristique d'une rubéole.

Le soir du 4 juillet l'éruption est disparue et la température remonte à 37°7. Elle est à 37°9 le 5 juillet au matin et descend dès lors sans nouvel incident.

L'enfant est rendu à ses parents le 17 août.

OBSERVATION XIV

D..... Georgette 4 ans : entrée à Hérold le 13 juillet 1912 pour scarlatine; entrée en convalescence à Brévannes le 17 août; albumine légère; enfant chétive; régime lacté.


B. 1. 42.
Malade Scarlatine HOPITAL Brévannes Salle Barthez N° 68
JOURS DE LA MALADIE
R 50 P. 150. T. 42°
Pointe Rouge 3 selles
Rougeole à la Mie
Angine Rouge Bain à 35°
Eruption
Stomatite Chaleur
Bain Sinapisé Exanthème
Bain sinapisé Exanthème
Bain sinapisé Exanthème
Février
Mars
DATES
9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 1 2 3 4 5 6 7
Observations
M. 5 ans. entré à Trousseau le 27 Xbre 1912 - Entré à Brévannes le 27 janvier 1913

Observation XV. — *Rougeole.* — Baisse après chaque poussée catarrhale — Apparition de l'exanthème par immersion dans un bain sinapisé. — Défervescence immédiate.

23 août : albumine un peu diminuée; purée et pain sans sel.

26 août : matin 37°5; soir 38°4. Dans la journée est apparue une éruption de vésicules citrines disséminées et caractérisant une varicelle à son début.

27 août ; matin 37°6, soir 38° ; l'albuminurie est un peu augmentée.

28 août : matin 38°4; l'éruption est stationnaire ; soir 39°8 ; apparition de nouveaux éléments.

29 au 31 août : l'éruption se sèche et la température tombe en lysis.

6 septembre : l'albumine a disparu, l'enfant est alimentée ; le 11 septembre on la lève dans son box où elle reçoit des visites.

17 septembre : la température monte de quelques degrés ; 37°6-37°8 ; aucun signe.

18 septembre : la température est revenue à son état normal 37°2, en même temps qu'est apparue une éruption de rubéole légère et fugace ; la température monte le soir à 37°5. Dans la nuit, l'enfant a un peu de diarrhée.

19 septembre : la température est redevenue normale ; il n'y a pas d'albumine.

6 octobre : l'enfant est rendue à sa famille en bon état.

OBSERVATION XV

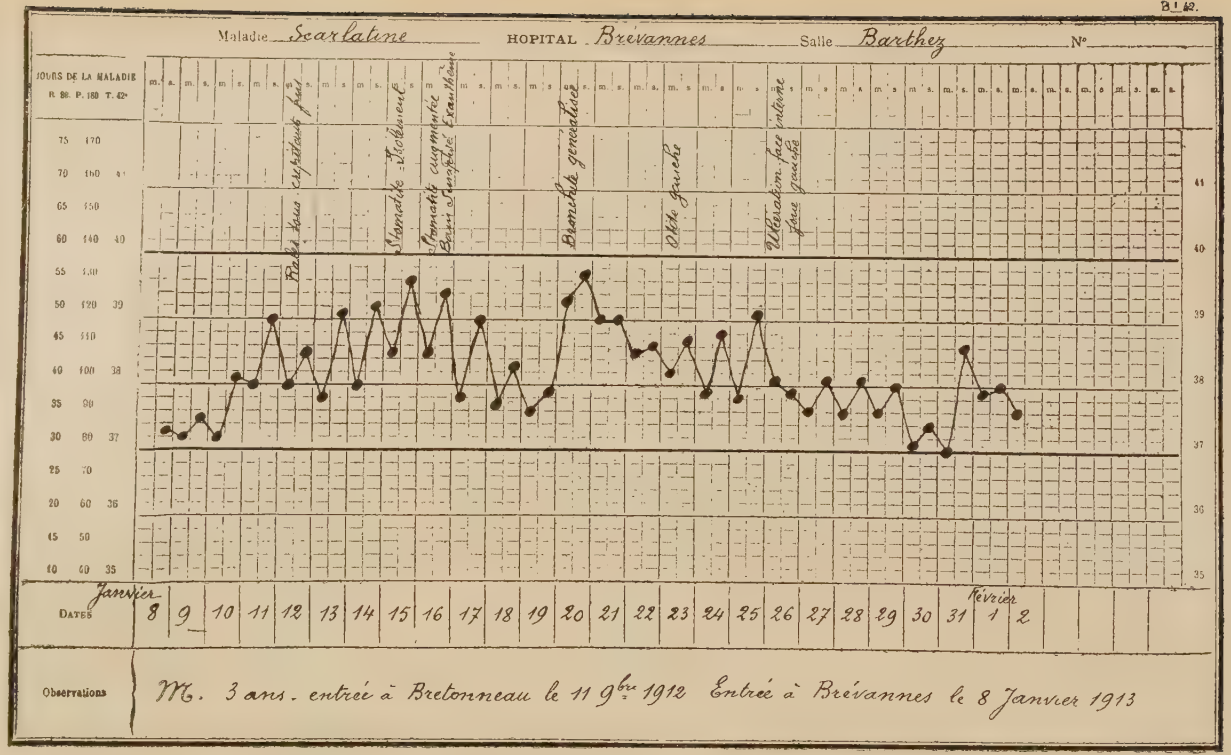
M... Paul, 5 ans ; entré à Trousseau le 27 décembre 1912 ; entré à Brévannes le 27 janvier 1913 en convalescence de scarlatine. A l'entrée, l'enfant est fébrile, 38°7 ; il présente un abcès de la paroi abdominale en rapport avec une injection de sérum antidiphtérique. Incision et pansement ; l'enfant est levé le 8 février.

10 février : pas de fièvre, mais état saburral et rhinite ; 15 grammes d'huile de ricin ; 3 selles.

13 février : matin 38°6; l'enfant est constipé; la gorge est rouge; 15 grammes d'huile de ricin sont à nouveau administrés et la gorge est touchée au collutoire résorciné; soir 39°6 ; nous prescrivons un grand bain à 35° pendant 15 minutes.

14 février : matin 38°3 ; même état, mêmes soins : soir 39°8.

15 février : matin 38°9 ; même état, mêmes soins ; soir, 37°5;



Observation XVI. — *Rougeole.* — Baisse légère à l'apparition du catarrhe pulmonaire. — Éruption après sinapisation. Complications en rapport avec l'insuffisance de l'éruption.

l'enfant présente du catarrhe oculo-nasal et une stomatite intense. Nous l'isolons.

16 février : matin 39°9; aucune éruption ; étant donnés les autres symptômes, nous maintenons néanmoins le diagnostic de rougeole et faisons mettre l'enfant dans un bain sinapisé après lequel paraît un superbe exanthème ; soir 38°4.

17 février : matin 39°7 ; l'exanthème n'est plus visible et nous prescrivons à nouveau un bain sinapisé qui ne donne aucun résultat. Nous maintenons l'enfant dans un enveloppement humide tiède permanent ; soir 39°6.

18 février : matin 39°3 ; même état; un nouveau bain sinapisé est prescrit : un exanthème généralisé se produit caractéristique ; soir 39°9.

19 février : matin 37°3. Dès lors la convalescence s'établit normale et jusqu'au 21 avril, date de la sortie, l'enfant ne présente qu'une élévation au-dessus de 38°, en rapport avec la constipation.

OBSERVATION XVI

M... Fernande, 3 ans ; entrée à Bretonneau le 11 novembre 1912 ; entrée à Brévannes le 8 janvier 1913.

Dès le 18 janvier, la température du soir s'élève à 38°1 sans autre signe qu'un état saburral assez marqué.

11 janvier : matin 38° ; administration d'un laxatif; 1 selle; soir 39°.

12 janvier : matin 39° ; râles sous-crépitants fins aux bases ; 2 enveloppements sinapisés dans la journée ; soir 38°5.

13 janvier : matin 37°8 ; soir 39°1.

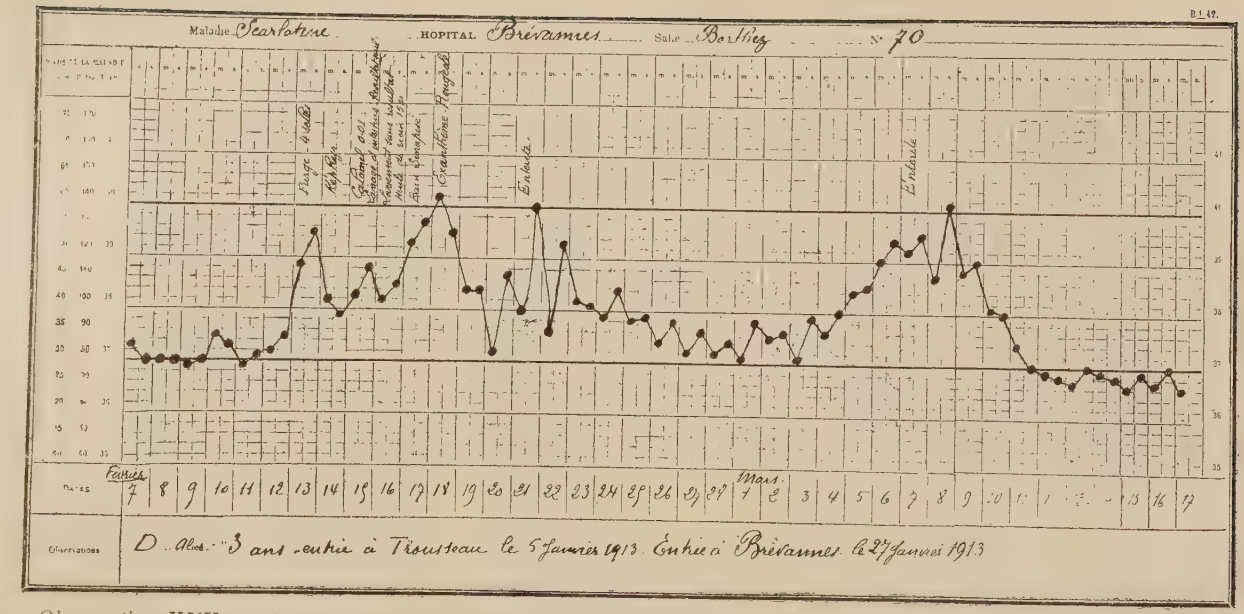
14 janvier : matin 38° ; soir 39°2.

15 janvier : matin 38°5; les phénomènes pulmonaires sont peu marqués, mais il est apparu au niveau de la muqueuse buccale un léger degré de stomatite qui nous décide à isoler l'enfant ; soir 39°6.

16 janvier : matin 38°5; la stomatite a augmenté depuis la veille ; aucune éruption n'apparaît; nous prescrivons un grand bain sinapisé ; température du soir 39°4; à la suite du bain sinapisé a débuté l'exanthème morbilleux qui d'ailleurs reste localisé au thorax.

17 janvier : matin 37°8 ; l'éruption pâlit ; soir 39°.

18 janvier : la température baisse jusqu'au 21, date à laquelle elle remonte, par suite de l'apparition de phénomènes pulmo-



Observation XVII. — *Rougeole.* — Apparition de l'exanthème après un bain sinapisé. — Défervescence immédiate. Complications en rapport avec l'insuffisance de l'éruption.

naires; puis survient de l'otite gauche ; une ulcération génienne ; enfin, après un léger crochet au moment de la reprise de l'alimentation, la courbe thermique redevient normale et l'enfant est reprise par sa famille le 2 février.

OBSERVATION XVII

D.... Alice, 3 ans ; entrée à Trousseau le 5 janvier 1913 ; entrée à Brévannes le 27 janvier en convalescence de scarlatine : enfant en bon état.

13 février : le matin brusquement élévation de la température à 38°9 ; état saburral très marqué ; 10 grammes d'huile de ricin ; 4 selles ; soir 39°5.

14 février : matin 38°2 ; l'enfant, présentant toujours un état saburral marqué, est mis au képhir ; soir, 37°9.

15 février : matin 38°3 ; l'enfant présente des selles glaireuses ; on lui fait un lavage d'intestin qui n'amène pas de matière. Nous prescrivons 0,01 centigramme de calomel pendant 5 jours à titre de désinfectant intestinal ; soir 38°8.

16 février : matin 38°2 ; l'enfant n'ayant pas eu de selles depuis 36 heures, on lui administre un lavement sans résultat ; 15 grammes d'huile de ricin n'amènent qu'une selle fétide dans la nuit suivante.

17 février : matin 39°3 ; rien n'explique cette température malgré un examen minutieux ; sa voisine de lit ayant contracté la rougeole et ayant été isolée la veille, nous pensons à la possibilité de cette affection, d'autant plus que la muqueuse buccale est rouge et qu'il y a un très léger degré de catarrhe oculo-nasal ; un bain sinapisé est prescrit. A la suite de son application, nous voyons apparaître le soir un exanthème généralisé, d'ailleurs assez peu marqué ; température 39°7.

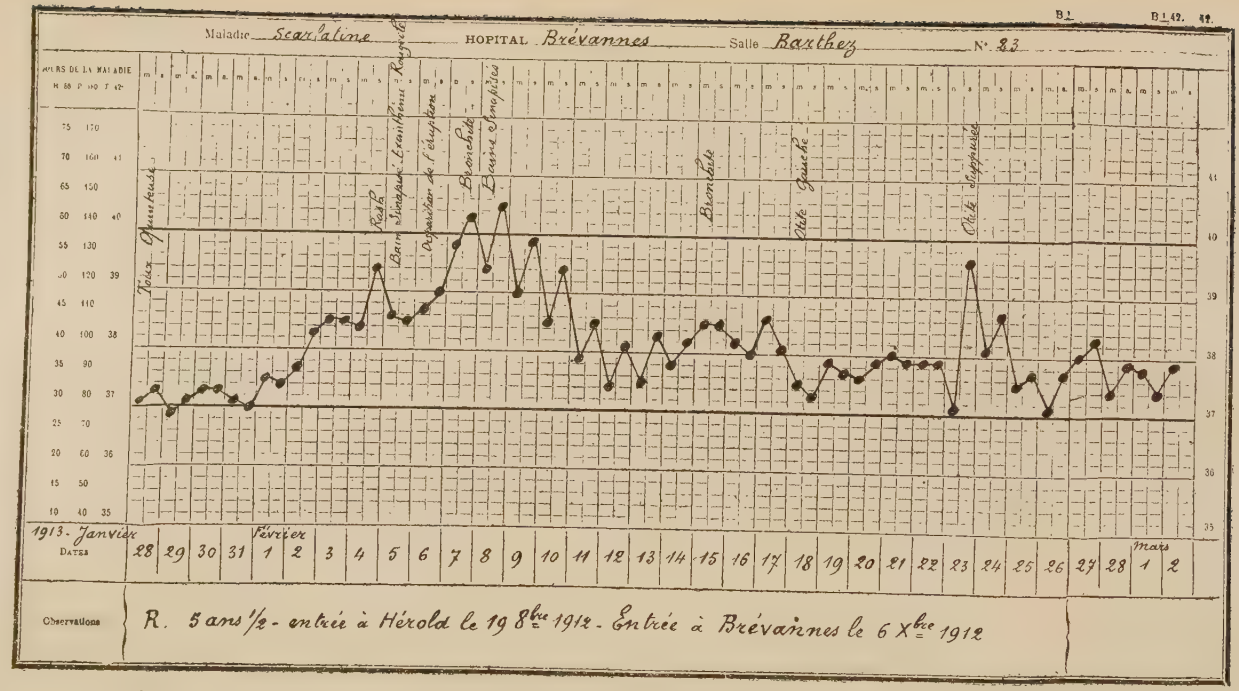
17 février : matin 40°2 ; l'éruption est plus franche et paraît augmenter ; soir 39°5 ; l'éruption est franche.

19 février : matin 38°4 ; soir 38°4 ; éruption stationnaire.

20 février : matin 37°2 ; soir 38°7.

A partir de ce moment, la température va présenter une série d'oscillations irrégulières en rapport avec une entérite glaireuse, des selles fétides et des périodes de constipation opiniâtre.

Le 17 mars, l'enfant est reprise par sa famille, malgré notre désir de la conserver jusqu'à sédation complète des phénomènes intestinaux.


Maladie Scarlatine HOPITAL Brévannes Salle Barthez N° 23
JOURS DE LA MALADIE
Pouls Quinteux
Bain Sinapisé Exanthème Rougeole
Disparition de l'éruption
Bronchite
Bronchite
Diarrhée Stomatite
Bronchite
Toux
Otite Suppurée
1913. Janvier Février mars
DATES 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 1 2
Observations
R. 5 ans 1/2 - entrée à Hérold le 19 8bre 1912 - Entrée à Brévannes le 6 Xbre 1912

Observation XVIII. — *Rougeole.* — Exanthème après sinapisation. — Rétrocession de l'éruption. ascension thermique. — Complications.

OBSERVATION XVIII

R... Roger 5 ans 1/2; entré pour scarlatine à l'hôpital Hérold le 19 octobre 1912; entré en convalescence à Brévannes le 6 décembre 1912; à son entrée, assez bon état général; poids 17 kgs 400; pas d'albumine; langue saburrale; 10 grammes d'huile de ricin le 8 décembre.

20 décembre : ascension fébrile; matin 37°9; soir 39°4; à la contre-visite état saburral, gorge rouge; enfant abattu.

21 décembre : matin 38°8; angine pseudo-membraneuse à caractères banaux; injection de sécurité de 30 cm³ de sérum antidiphterique; soir 39°8; même état général.

22 décembre : matin 37°2; l'enfant est dispos, la gorge est propre, à peine rouge; soir 38°; l'état général est bon; éruption sérique qui disparaît le 23 décembre.

26 décembre : l'état général est bon; pas d'albumine; constipation; 5 grammes d'huile de ricin; 3 selles.

28 décembre : constipation persistante; 5 grammes d'huile de ricin; 2 selles.

29 décembre : l'enfant est alimenté; purée et pain déchlorurés; lever dans le box.

3 janvier : pas d'albumine.

10 janvier : pas d'albumine.

17 janvier : pas d'albumine.

23 janvier : pas d'albumine; soir 38°1.

24 janvier : toux grasse; pas de signes d'auscultation; température : matin 37°1; soir 37°7.

25 janvier : même état; matin 37°1; soir 37°7.

26 janvier; la température baisse et redevient à peu près normale; l'enfant tousse par quintes.

27 janvier : même état.

28 janvier : journée 1 quinte; veille 3 quintes.

29 janvier : journée 1 quinte; veille 2 quintes.

30 janvier : journée 3 quintes; veille pas de quinte.

31 janvier : journée 3 quintes; veille 2 quintes.

1er février : température 37°5 matin et soir; 2 quintes dans la journée, pas dans la nuit; l'enfant est abattu.

2 février : matin 37°7, soir 38°3; dans la journée 3 quintes, dans la nuit 2 quintes; l'auscultation présente quelques runcus et quelques sibilances disséminées; pas de caractère net.

3 février : matin et soir 38°6; cinq quintes dans la journée, trois dans la nuit; aucun symptôme nouveau.

4 février : matin 38°4, soir 39°4; jour 4 quintes, veille 4 quintes ; le soir rougeur de la muqueuse buccale, pas de signe Koplick; rash pointillé fugace durant quelques heures.

5 février : matin 38°6; en présence des signes de bronchite diffuse, de l'érythème bucco-pharyngé et du léger rash observé la veille, nous pensons, malgré le caractère coqueluchoïde de la toux, à la possibilité d'une rougeole. Nous faisons donner à l'enfant un bain sinapisé à la suite duquel apparaît en quelques heures une éruption typique de rougeole ; la température du soir reste à 38°6 ; six quintes dans la journée, quatre dans la nuit.

6 février : même état ; matin 38°7 ; l'éruption morbilleuse est toujours nette ; pas d'albumine; soir 39° ; l'éruption s'efface presque entièrement ; 7 quintes dans la journée, 4 dans la nuit.

7 février : matin 39°8; l'éruption est disparue, pas d'albumine ; les phénomènes bronchitiques sont plus marqués; il n'y a pas de souffle; on donne à l'enfant trois bains sinapisés dans la journée ; 12 heures, 16 heures et 20 heures ; à 16 heures, 40°3 ; sept quintes dans la journée, cinq dans la nuit.

8 février : matin 39°5; même état ; quatre bains sinapisés à 35° dans la journée ; 9 quintes dans le jour, 2 dans la nuit ; température du soir 40°5; toujours de la bronchite, avec tendance à l'humidification.

9 février : matin 39° ; soir 39°8; 10 quintes dans le jour, 3 dans la nuit.

Du 9 au 14 février, la température descend en lysis, le nombre des quintes diminue et la toux perd son caractère coqueluchoïde; pas d'albumine.

15 février : le lysis s'arrête; matin 38°5; étant donnée la persistance de quelques sibilances, on applique 6 ventouses scarifiées; soir 38°5.

16 février : matin 38°2; application de 4 ventouses scarifiées, soir 38°5.

17 février : matin 38°5; soir 38°1.

18 février : matin 37°5; un léger écoulement de l'oreille gauche nous explique la température des deux jours précédents, lavages de l'oreille; soir 37°3.

22 février : pas d'albumine, on commence à alimenter l'enfant avec des bouillies.

23 février : une nouvelle ascension thermique du soir correspond à un nouvel écoulement d'oreilles.

2 mars : l'enfant est renvoyé à son hôpital d'origine pour soins à donner à l'oreille gauche qui présente un léger écoulement purulent.

OBSERVATION XIX

S... Albert 3 ans 1/2; entré à Hérold le 22 septembre 1912; entré à Brévannes comme convalescent de scarlatine le 12 novembre 1912; enfant en assez bon état à l'entrée.

Le 24 décembre, angine pseudo-membraneuse à caractères banaux: injection de sécurité de 20 cm³ de sérum antidiphtérique; albuminurie légère et transitoire; éruption sérique.

Le 25 janvier, la température qui était normale depuis longtemps, monte le soir à 38°6. Dans la nuit éruption légère de rubéole que nous constatons à la visite du 26 janvier; la température est redevenue normale (37°2).

Le 3 février, la température, qui la veille avait été de 36°8 le matin et 37°2 le soir, est le matin de 38°1. L'enfant tousse légèrement et présente quelques sibilances dans la poitrine; on lui applique dans la journée un Rigollot au niveau duquel apparaissent les macules caractéristiques de la rougeole; le soir la température revient à 37°8.

4 février : matin 38°; l'éruption reste localisée au point d'application du Rigollot; un bain sinapisé détermine l'apparition complète de l'exanthème net; le soir la température revient à 37°4.

5 février : matin 38°2; l'enfant est oppressé; l'éruption est disparue; un bain sinapisé ne fait pas reparaître l'éruption; constipation; malgré l'absorption d'un laxatif, pas de selles; soir 39°6; un lavement prescrit détermine une exonération: l'oppression continue.

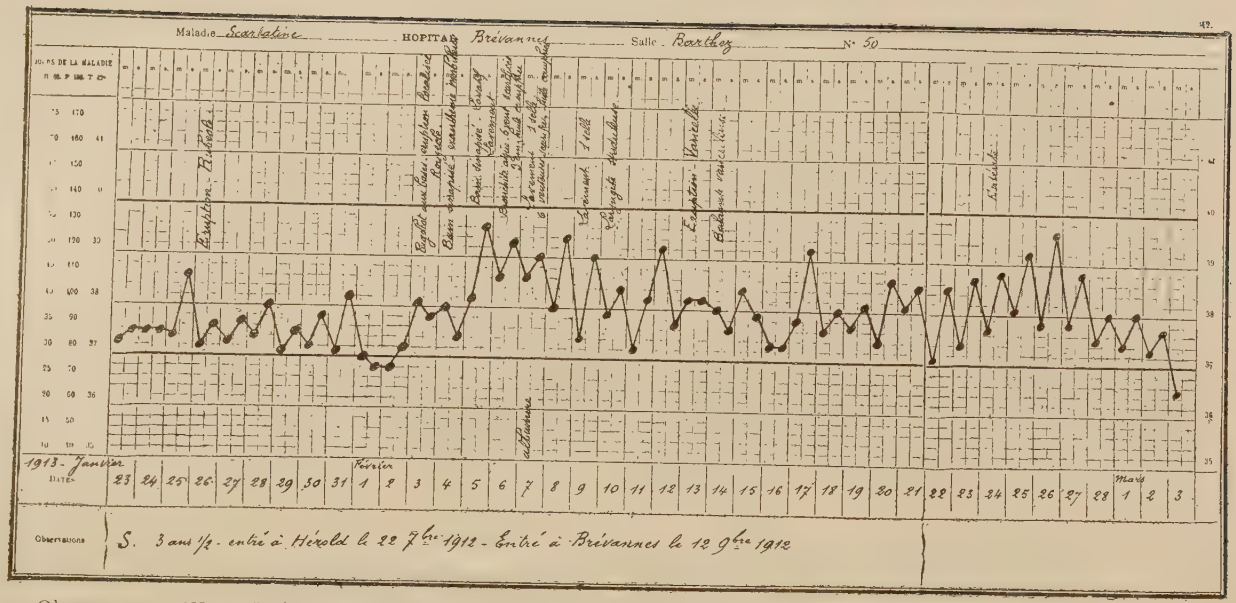
6 février : matin 38°6; bruit de tempête à l'auscultation; ventouses sèches sur tout le thorax, six ventouses scarifiées; 1cm³ d'huile camphrée à midi, 16 heures et 20 heures; soir 39°3.

7 février : matin 38°6; l'état semble un peu meilleur, mais l'oppression est toujours grande; même traitement que la veille; constipation; un lavement détermine une selle; albumine dans les urines; soir 39°.

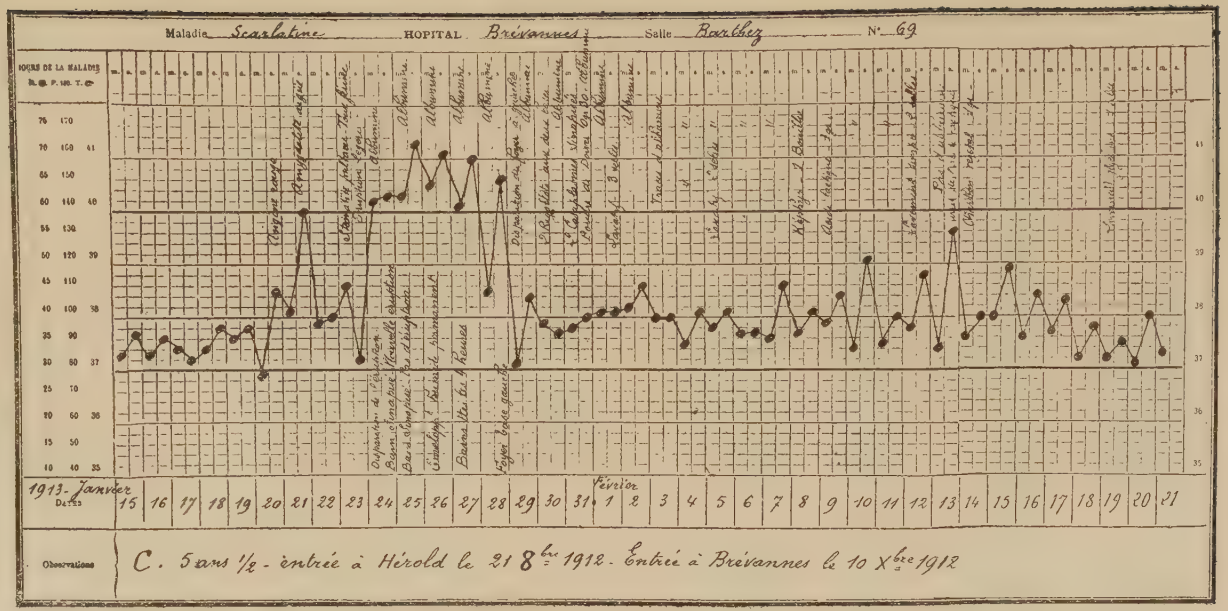
8 février : matin 38°; les phénomènes pulmonaires sont considérablement amendés; soir 39°4.

9 février : matin 37°4; l'auscultation est redevenue normale; soir 39°; constipation opiniâtre; un laxatif ne donne pas de résultat; une selle après lavement.

10 février : matin 37°9; l'auscultation est négative. Cependant l'enfant est de nouveau dyspnéique; voix enrouée; bitonale;



Observation XIX. — *Rubéole.* — Eruption et défervescence simultanées. — *Rougeole.* — Exanthème en deux temps après deux applications sinapisées. — Baisse de température à chaque efflorescence. — Nouvelle élévation thermique et applications après rétrocession brusque de l'éruption. — *Varicelle* dont l'éruption détermine une défervescence passagère.


Maladie Scarlatine HOPITAL Brévannes Salle Bourbez N° 69
JOURS DE LA MALADIE
R. P. T.
Janvier
Février
1913- Janvier
Dates
Observations
C. 5 ans 1/2 - entrée à Hérold le 21 8bre 1912 - Entrée à Brévannes le 10 Xbre 1912

Observation XX. — *Rougeole.* — Enanthème et diminution de la fièvre. — Exanthème et défervescence. — Disparition brusque de l'éruption. — Température à 40° et défervescence avec l'apparition d'un foyer pulmonaire. — Convalescence difficile.

le nez et la gorge ne présentent rien d'anormal; les phénomènes cèdent à deux enveloppements sinapisés et à deux pulvérisations d'eau dans la pièce; soir 38°4.

11 février : matin 37°2; soir 38°2.

12 février : matin 39°2; état saburral; purge 2 selles; soir 37°7.

13 février : matin 38°2; l'examen soigneux de l'enfant ne donnant pas de renseignements, sa fièvre est mise sur le compte de sa constipation opiniâtre. Mais à la contre-visite, nous découvrons des éléments de varicelle; la température du soir reste à 38°2.

14 février : matin 38°; dans la journée l'éruption de varicelle s'étend; elle devient même confluente sur le gland de l'enfant qui est israélite, d'où un léger degré de balanite; soir 37°6.

Dès lors la convalescence s'établit, quoique coupée d'accès fébriles en rapport avec la constipation opiniâtre de l'enfant et ne cédant qu'à l'administration de remèdes exonérateurs, d'où un état d'entérite qui détermine le 3 mars son retour à l'hôpital d'origine.

OBSERVATION XX

Cr... Germaine, 5 ans 1/2; entrée à Hérold le 21 octobre 1912; entrée à Brévannes le 10 décembre 1912, en convalescence de scarlatine; à l'entrée, on constate des amygdales grosses et rouges; la langue est saburrale. Il y a un léger degré de vulvite. La convalescence est normale jusqu'au 20 janvier 1913.

20 janvier : à la contre-visite, élévation brusque de la température à 38°5; la gorge est un peu rouge.

21 janvier : matin 38°1; la gorge est rouge, l'état saburral prononcé; on administre 10 gr. d'huile de ricin : deux selles; soir 40°; la tuméfaction amygdalienne est prononcée et nous portons le diagnostic d'amygdalite aiguë; on procède à de grands lavages chauds de la gorge, suivis d'application de collutoire résorciné.

22 janvier : la température est redescendue à 37°9; on continue les soins de la gorge; soir 38°.

23 janvier : matin 38°6; même état de la gorge, mais apparition génienne de plaques de stomatite pultacée; l'enfant présente une toux férine; aucune éruption; l'enfant ost cependant

isolée, eu égard à un catarrhe oculo-nasal suffisamment net : pas de signes pulmonaires; constipation; l'absorption de 5 gr. d'huile de ricin est suivie de 2 selles : soir 37°2; les phénomènes généraux sont moins accentués, en même temps qu'apparaît une éruption de rougeole peu nette et limitée au dos et à la poitrine.

24 janvier : matin 40°2; l'éruption est absolument disparue; les symptômes généraux sont accentués, l'enfant est très abattue, la respiration est rapide, les ailes du nez battent. Aucun signe d'auscultation; albumine dans les urines : un bain sinapisé est prescrit, à la suite duquel apparaît pendant quelques heures une éruption franche; soir 40°3.

25 janvier : matin 40°3; l'éruption est à nouveau disparue; un nouveau bain sinapisé ne la fait pas reparaître; aucun signe d'auscultation; soir 41°3.

26 janvier : matin 40°5; même état; dyspnée; pas de signe d'auscultation; un enveloppement humide tiède permanent est prescrit; soir 41°3.

27 janvier : matin 40°1; même état; absolument rien à l'auscultation; nous prescrivons à la contre-visite des grands bains simples à 36° refroidis à 33° toutes les quatre heures; la température est à ce moment de 41°.

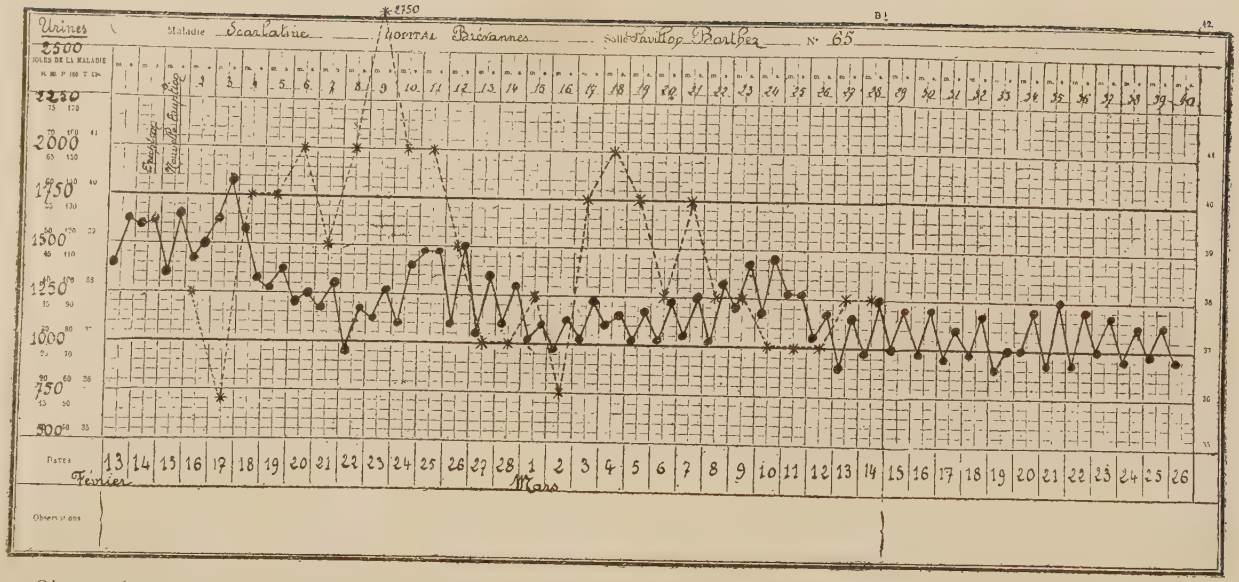
28 janvier : matin 38°5; les phénomènes généraux sont toujours les mêmes; rien à l'auscultation; soir 40°6. Nous constatons à la contre-visite, à la base gauche en arrière, un foyer de râles crépitants fins couvrant l'inspiration dans toute sa durée : à ce niveau souffle assez superficiel, mais dont le timbre quoique assez élevé est relativement doux; les pleurs de l'enfant éclatent sous l'oreille avec une sonorité œgophonique nette.

29 janvier : matin 37°1; l'enfant est très abattue; mais les phénomènes généraux sont très atténués. Voulant signaler le foyer trouvé la veille, il nous est absolument impossible de rien retrouver; il n'existe aucun signe d'auscultation. Nous limitons les soins à ceux de la bouche et nous supprimons l'hydrothérapie. Il y a toujours de l'albumine dans les urines.

30 janvier : matin 37°9; bon état général; soir 38°4; apparition de quelques rubéoles disséminées; application de 2 Rigollot aux bases, soir 37°7.

31 janvier : matin 37°8; même état; prescription de 2 cataplasmes sinapisés aux bases et de 0.30 centigr. de poudre de Dower à donner en trois prises de 0.10 centigr. chacune.

A partir de ce moment, commence la convalescence, convalescence longue et difficile, coupée d'accès de fièvre, presque tous en rapport avec des crises de diarrhée et de constipation et



Observation XXI. — *Scarlatine.* — Première apparition de l'éruption au niveau de ventouses et arrêt dans l'ascension thermique. — Deuxième apparition de l'exanthème et nouveau soulagement. — Adynamie et hyperthermie à la suite de la disparition de l'éruption.

l'émission de selles fétides et de glaires d'entérite muco-membraneuse.

L'enfant est successivement mise au képhyr, à l'acide lactique, au charbon végétal. Son état s'améliore petit à petit. L'albumine disparaît des urines le 13 février. Le 21 février, sa famille la réclamant et son état général n'étant pas encore tout à fait satisfaisant, elle est renvoyée à son hôpital d'origine.

OBSERVATION XXI (AUTOOBSERVATION)

Dans la nuit du 12 au 13 février 1913, à 3 heures du matin, après une journée très active et un dîner en ville pris de bon appétit, réveil avec une dysphagie intense et l'impossibilité d'avaler la salive, insomnie et agitation jusqu'au lendemain matin.

13 février : matin 38°6 ; la gorge est à peine rouge, quoique très douloureuse ; soir 39°5 ; la dysphagie est un peu diminuée, mais il s'est établi une rachialgie intense.

14 février : nuit sans sommeil ; matin 39°4 ; la gorge est relativement peu sensible, mais la rachialgie est toujours aussi forte ; soir 39°5 ; la rachialgie n'étant pas diminuée, on nous couvre la région des reins de ventouses. En les retirant, la ventouseuse nous signale à leur niveau, l'apparition d'un piqueté plus foncé ressemblant à une éruption scarlatiniforme. Un collègue appelé constate également le fait.

15 février : matin 38°4 ; la nuit a été plus calme, léger soulagement ; rachialgie ; l'éruption est à peine visible, on ne la constate qu'au niveau des ventouses de la veille ; la gorge, quoique douloureuse, est à peine rouge ; 39°6.

16 février : matin 38°7, dans la nuit, dont la première moitié avait été assez pénible, une légère éruption de scarlatine très pâle est apparue sur la peau de l'abdomen et au niveau des plis de flexion ; soir 39° ; journée calme avec disparition presque complète de la rachialgie et de la dysphagie. Celle-ci reprend d'ailleurs dans la nuit au cours de laquelle il y a deux ou trois menaces d'asphyxie par les mucosités qui ne peuvent être déglutées.

17 février : matin 39°5 ; abattement ; l'éruption est disparue la gorge est à peine rouge ; bains à 36° refroidis à 33° toutes les 4 heures pendant le jour, suivies de frictions alcoolisées ; soir 40°3 ; nuit moins agitée.

18 février : matin 39°3 ; amélioration nette de l'état général, mais réaction ganglionnaire généralisée à tous les groupes palpables. Au niveau de la région carotidienne, petits ganglions superficiels, roulant sur de grosses masses profondes de la grosseur d'un petit œuf de poule et très douloureuses ; pulvérisations d'eau chaude toutes les deux heures ; soir 38°3.

Dès ce moment, s'établit définitivement la période de convalescence, coupée de poussées thermiques à régularité presque cyclique et répondant chaque fois à des fluxions ganglionnaires multiples.

CONCLUSIONS

I. — Dans la plupart des cas de maladies infectieuses éruptives, survenant chez des sujets normaux, tout au moins en ce qui concerne la rougeole, la rubéole, la varicelle et la scarlatine que nous avons eu seules l'occasion d'observer d'une façon suffisante, on constate, au moment où apparaît l'éruption ou peu après son apparition, une baisse dans la courbe thermique ; cette baisse pouvant, suivant l'importance de l'ascension préalable, avoir une étendue de plusieurs degrés ou de quelques dixièmes seulement.

II. — D'une façon moins générale, mais assez fréquemment cependant, la courbe thermique suit les mêmes variations à la suite de l'apparition des symptômes connexes de l'éruption pathognomonique (rashs, exanthèmes, métastases pulmonaires, laryngées, digestives, ganglionnaires).

Il y a d'ailleurs, d'une façon à peu près générale, un balancement entre ces phénomènes métastatiques et les manifestations cutanées, dans la mesure où ce balancement est compatible avec le degré plus ou moins grand de gravité de l'affection et de virulence de l'agent causal.

III. — La croyance populaire, à la gravité des éruptions qui « sortent mal » ou qui « rentrent », se trouve souvent en partie vérifiée par ce fait que la courbe thermique monte quand l'éruption disparaît brusquement, descend quand l'exanthème reparaît à nouveau. En tout cas, quand le médecin rencontre une éruption capricieuse dans son mode

d'apparition ou d'évolution, il doit toujours prévoir la possibilité d'une complication ultérieure et d'une convalescence difficile.

IV. — Dans les cas de diagnostic incertain par suite du retard de l'éruption, on pourra souvent dépister celle-ci par l'application d'un révulsif cutané — le plus commode étant le cataplasme ou le bain sinapisé. — Cette pratique pourra prendre la valeur d'un véritable moyen thérapeutique dans les cas d'éruption avortée, accompagnée de phénomènes généraux graves.

V. — A un point de vue plus général, il semble que dans les maladies éruptives, l'éruption survienne dans les conditions d'un véritable phénomène critique précoce et que la peau joue vis-à-vis des « humeurs peccantes » (étant entendu que dans ce mot nous comprenons aussi bien les toxines microbiennes que celles provenant de l'autointoxication), le rôle d'un véritable émonctoire, dont l'insuffisance est un facteur de gravité et dont le médecin, par des moyens thérapeutiques appropriés, doit stimuler l'activité.

Vu le Doyen :
LANDOUZY.

Vu le Président de la Thèse :
Maurice LETULLE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris :
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Sydenham. — *De Morbillis*, 1675.

Dubosq de la Roberdière. — *Recherches sur la Rougeole*, 1776.

Lepecq de la Cloture. — *Collection d'observations pour servir à l'histoire de la Rougeole*, p. 484, Rouen 1778.

Rosen de Rosenstein. — *Tr. des mal. des Enf.*, p. 255, 1778.

Gaspard Roux. — *Tr. sur la Rougeole*, Paris 1807.

Charpentier. — *Diss. sur la Scarlatine*, Paris 1812.

Janin de Saint-Juste. — *Dict. des Sc. Méd.*, T L p. 121, Paris 1820.

Johann-Peter Frank. — *Traité de médecine pratique*, Paris 1820.

Meier. — *Ann. f. die ges. Heilkunde*, Karlsruhe, 1823.

Gendron. — *Revue Méd.* 1821, p. 536 : *Arch. gén. de Méd.*, Paris 1827 ; *Gaz. Médic.* 1833, p. 275 ; *Journ. de Méd. et de Chir.* 1834.

Bretonneau. — *Journal des Connaiss. méd.* 1833.

Andral. — *Revue méd.* 1824 : *Clin. méd. du Dr Lerminier*, 1re éd. 1835 ; *Path. int.* 1re édit., Paris 1836 ; *Path. int.*, 4e éd., Bruxelles 1842.

Renucci. — *Diss. sur la Rougeole*, Strasbourg 1824.

Bricheteau. — *Arch. de Méd.*, 1824.

Carrier. — *Arch. de Méd.*, 1824.

Mac Intosch. — *Arch. de Méd.*, 1832.

Boyer. — *Clin. de l'Hôt.-D. ; Journal de Méd. et de Chir.*, 1823-1836.

Constant. — *Gaz. Méd.*, 1833 ; dº 1834 ; dº 1835 ; dº 1836.

Rayer. — *Tr. des Mal. de la peau*, 1833,

Ozanam. — *Hist. des mal. épid.*, Paris 1835.

Rufz. — *Journ. des Connaiss. méd. chir.*, 1836.

Hufelaud. — *Enchirid. méd.*, Paris 1838, p. 462.

Guérétin. — *Arch. de Méd.*, Juillet 1842.

Rilliet et Barthez. — *Tr. clin. et prat. des mal. des enf.*, Paris 1843.

Guersant et Blache. — *Dict. de méd.*, Paris 1844.

Roche. — *Arch. gén. de méd.*, 1844.

Bouillaud. — *Nosographie médicale*, 1846.
Monneret et Fleury. — *Comp. de méd.*, 1847.
Noirot. — *Hist. de la Scarl.*, 1847.
Borsieri. — *Inst. de méd. prat.*, Pavie 1781, trad. P. E. Chauffard, Paris 1855.
Wunderlich. — *Path. und Thér.*, 1856 ; *Das Verhalt des Eigenw. in Krankh*, 1857 ; *Arch. der Heilkunde*, 1863.
Maigrier et Bouchet. — *Mém. acad. méd.*, 1857.
Delpech. — *Gaz. des Hôp.*, 1858.
Gintrac. — *Cours de Path. int.*, 1859.
Trousseau. — *Cliniques*, 1861.
Danis. — *Th. Strasbourg*, 1864.
Mouti. — *Vienne*, 1866.
Thomas. — *Arch. f. Derm.*, 1869 ; *Iahrb. f. Kinderkr*, 1869-1870.
Guéneau de Mussy. — *Clin. Méd.* ; *Gaz. des Hôp.*, 1871.
Redard. — *Gaz. hebd.*, 1871.
Brouardel. — *Gaz. des Hôp.*, 1874.
West. — *Leç. sur les mal. des enf.* Trad. Archambaud, 1875.
Jaccoud. — *Tr. de Path. int.* Tome II, p. 695 ; *Gaz. des Hôp.*, 1885 ; *Rev. gén. de clin. et de thér.*, 1894.
Archambault. — *Gaz. des Hôp.*, 1900 ; *Rev. méd. fr. et étr.* 1882.
Hardy. — *Nouv. journ. de méd.*, 1880 ; *Gaz. des Hôp.*, 1881.
G. Sée. — *Prog. méd.*, 1881.
Cadet de Gassicourt. — *Fr. Méd.*, 1881 ; *Tr. clin. des mal. de l'enf.*, 1884.
Viry. — *Gaz. hebd. de Méd.*, 1882.
Bourneville et Bonnaire. — *Prog. Méd.*, 1882.
Bourneville et Bricou. — *Prog. Méd.*, 1884.
Galliard. — *Soc. clin. de Paris*, 1886 ; *Soc. méd. des hôp.*, 1891.
Sorel. — *Normandie méd.*, Rouen 1888.
Picot et d'Espine. — *Man. prat. des mal. de l'enf.*, 1889.
Vinsac. — *Gaz. des Hôp.*, 1891.
La Clinique. — Bruxelles, 1893.
H. Barbier. — *La Rougeole*, 1894.
Fiessinger. — *Gaz. méd. de Paris*, 1894 ; d° 1895.
Haan. — *Bull. Acad. méd.*, 1896.
Poulet. — *Soc. méd. de Paris*, 1897.
Royer. — *Rev. de méd.*, 1897.
Audéoud. — *Arch. de méd. des enf.*, 1898.
Ausset. — *Nord méd.*, 1898 ; *Echo de méd. du Nord*, 1899.
Lesage. — *Soc. méd. des Hôp.*, 1900 ; *la Scarlatine*, 1912 ; *Gaz. des Hôp.*, 1909.
Pierre Merklen. — *Soc. méd. des Hôp.*, 1900.
Montagnon. — *Loire méd.*, 1900.

Gripat. — *Arch. méd. d'Angers*, 1900.
Weil et Péhu. — *Arch. de méd. et de chir. inf.* 1901.
Cerf. — *Gaz. des Hôp.*, 1901.
Klose. — *Ueber den Scarlach der Kind...* Strasbourg, 1903.
Variot. — *Gaz. des Hôp.*, 1904.
Saillant. — *Gaz. des Hôp.*, 1905.
Stievenard. — *Journ. méd. de Bruxelles*, 1907.
Gallois. — *Bull. méd. de Paris*, 1909,
Le Clerc. — *Normandie méd.*, 1909.
Barannikow. — *Arch. de méd. des enfants*, 1910.
Baldini. — *Arch. de méd. des enfants*, 1911.
Rouèche. — *Journ. de méd. de Paris*, 1912.
Charcot, Bouchard-Brissaud. — *Traité de médecine ;* mal. érupt. de L. Guinon, t. II, 1899.
Debove et Achard. — *Manuel de méd.* : art. Varicelle, par Bruhl et Bensaude ; art. Scarlatine, par Sallard ; art. Rougeole, par H. Barbier.
Brouardel et Gilbert. — *Tr. de méd. et de Thér.*, art. de Galliard, Würtz, Grancher, Netter.
Gilbert et Thoinot. — *Nouv. Tr. de Méd. et de Thér.*, art. de Galliard, Würtz, Apert, Netter.
Hutinel. — *Maladies des enfants*, art. de Hutinel et Martin, t. I, 1909.
Marfan et Comby. — *Tr. des mal. de l'enf.*, art. Moizard et J. Comby, t. I, 1897.
Thèses de Paris. — Roux, 1802 ; Lefort, 1806 ; Collineau, Deleau des Fontaines, Dabry, 1808. Mary, Roux, Tresse, 1811 ; Campaignac, Demarque, Duclos, 1812 ; Lavaud, 1813 ; Perrinet, 1814 ; Marousseau, Vidart, 1815 ; Guiart, Panneret, 1816 ; Tharreau, 1817 ; Bravard, 1818 ; Fr. Talma, Recoul, 1819 ; Breton, Durieux, Peltier, 1820 ; Combret, Girault, Renard, 1821 ; Pigis, 1822 ; Arlin, Guinebertière, Simon, Poupart, 1826 ; Desert, Guyot, Villevigne, 1827 ; Gorsse, 1828 ; Guillebert, 1831 ; Guillemin, Pelletier, 1833 ; Gendron, Baudin, 1835 ; Legroux, Fargeanx, Laignelet, 1837 ; Lefol, Baron, 1841 ; Déchaut, 1842 ; Amelot, 1845 ; Chaffard, 1846 ; J. Perrier, Lehoux, 1848 ; Lecornu, 1853 ; Martin, 1854 ; Touzelin, Ragon, Debouchaud, 1859 ; Blanckaert, 1868 ; Evrard, 1869 ; Carret, 1871 ; Brissot, Bussy, 1875 ; Damain, 1891 ; Couenon, 1906.
Delastre. — *Th. Lyon*, 1883.
Puech. — *Th. Montpellier*, 1884.
Bourgeois. — *Th. Lyon*, 1897.
Baux. — *Th. Lyon*, 1909.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos..... 15
Chapitre I. — Rapports de l'exanthème et de la fièvre..... 20
Chapitre II. — La valeur des symptômes généraux concomitants de l'éruption..... 28
Chapitre III. — Les éruptions qui « sortent mal » et les éruptions qui « rentrent »..... 32
Chapitre IV. — Les points d'appels de l'exanthème et les éruptions provoquées. Considérations thérapeutiques.. 40
Observations..... 45
Conclusions..... 83
Bibliographie..... 85

Paris. — Imp. Paul Dupont (Cl.). Thouzellier, Dr. — 1761.12.1913.